

**O IDOSO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA
A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE AUTOCUIDADO**

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professora Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



O IDOSO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE AUTOCUIDADO

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professora Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor José Manuel Vieira Soares de Resende, Professor Catedrático da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora
- Doutor Manuel José Lopes, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora
- Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro, Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
- Doutora Maria Arminda da Silva Mendes da Costa, Professora Coordenadora com Agregação Jubilada da Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

"Para ser possível tomar decisões, há que conhecer a realidade e perceber os sinais que ela nos transmite quanto ao futuro."

(Rodrigues, 2018: 33)

Agradecimentos

O trabalho desenvolvido advém da ajuda, apoio e incentivo daqueles que partilharam este caminho, pelo que é importante deixar um profundo agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Arminda Costa a quem tenho que agradecer a orientação da tese, mas também o privilégio da partilha de saberes. Com ela reconheci a necessidade do saber científico, mas incorporando sempre o saber ser, estar e fazer.

Aos representantes das organizações que autorizaram e tornaram possível a realização da investigação. Aos profissionais que participaram, não posso deixar de reconhecer o terem permitido “entrar” nos seus quotidianos de trabalho.

Aos idosos que tão generosamente colaboraram um agradecimento especial. Com eles estudei a incontinência urinária, mas também “aprendi” sobre muitas outras coisas “que só a idade trás” como tantas vezes me disseram, jamais poderei esquecer a riqueza deste percurso, onde apesar da doença tantas vezes houve sorrisos para partilhar.

A todos que ao longo desta caminhada comigo partilharam reflexões e também críticas, que ajudaram a (re)avaliar, esclarecer e continuar, tal como ditava a metodologia eleita. Aos colegas que aceitaram rever os textos e aos que estabeleceram pontes com pessoas, locais e documentos aos quais houve necessidade de aceder. Não posso deixar de dizer que convosco esta caminhada foi muito mais desafiante, mas que também senti o conforto da amizade.

À minha família, mais uma vez..., só me apraz dizer que convosco por perto, se pode tudo.

Pelo caminho percorrido, pelas experiências partilhadas, sinto que este “processo” valeu a pena. Muito, muito obrigada.

Resumo

Vivemos mais anos, é um facto, no entanto coexistem situações de doença que afetam o bem-estar, sendo necessário mobilizar estratégias para fazer face aos desafios a que esta situação conduz. A incontinência urinária pelo seu carácter multidimensional, poderá constituir-se uma ameaça ao envelhecimento ativo, sendo ao mesmo tempo um repto à mobilização de recursos promotores da criação de ambientes à promoção do autocuidado. Os enfermeiros através da abordagem holística desempenham um papel significativo nesta intervenção, pelo que quisemos *compreender como era construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária, em contexto de convalescença, o processo de autocuidado, como entidade integradora de culturas dos atores e dos contextos de cuidado*. Para a compreensão de uma cultura de cuidados, articulada multidisciplinarmente e assente num modelo organizacional recente como é o caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ancorámos o estudo a uma metodologia qualitativa e a uma abordagem etnográfica, recorrendo à observação participante, entrevista e análise documental. Os dados foram analisados mobilizando a perspetiva de *observação, participação e reflexão*, da qual emergiram os domínios culturais. Os resultados ilustraram um processo complexo de construção do autocuidado, ancorado num horizonte temporal onde os atores eram condicionados e condicionadores do processo. A teia de significados subjacente à incontinência urinária constituía desde o acolhimento, o primeiro desafio ao encontro de culturas, regulando os modos ação. Os cuidados eram construídos integrando objetos onde a fralda ocupava um lugar de destaque, atividades, dificuldades e estratégias envolvendo a equipa multidisciplinar. O enfermeiro, ator chave neste processo, mediava as interações integrando culturas individuais e organizacionais. A evolução do idoso no processo de reabilitação influenciava a alta, e embora a incontinência urinária não tenha sido considerada por si só, condicionadora do regresso a casa, uma maior dependência funcional conduzia à referenciação para outras unidades de internamento.

Palavras-chave: Idoso; Incontinência urinária; Autocuidado; Enfermeiro; Multidisciplinaridade.

Abstract

We live more years, but there are coexisting illness situations that affect well-being, and it is necessary to mobilize strategies to face the challenges that this situation leads to. Urinary incontinence due to its multidimensional character may be a threat to active aging, and at the same time a challenge to the mobilization of resources that promote the creation of environments for the promotion of self-care. Through the holistic approach nurses play a significant role in this intervention. That is why we *wanted to understand how the process of self-care in the context of convalescence was constructed between nurses and elders with urinary incontinence as an integrating entity for the cultures of the actors and care contexts.* In order to understand a culture of care, articulated in a multidisciplinary way and based on a recent organizational model such as the National Network of Continuing Integrated Care, we anchored the study to a qualitative methodology and to an ethnographic approach, using participant observation, interview and documental analysis. The data were analysed by mobilizing the perspective of *observation, participation and reflection*, from which the cultural domains emerged. The results illustrated show complex process of self-care construction, anchored in a time horizon where the actors were conditioned and conditioners of the process. The web of meanings underlying urinary incontinence constituted from the reception, the first challenge to the encounter of cultures, regulating the modes of action. Care was built by integrating objects of which the diaper occupied a prominent place, activities, difficulties and strategies involving the multidisciplinary team. The nurse, a key actor in this process, mediated the interactions integrating individual and organizational cultures. The evolution of the elderly in the process of rehabilitation influenced the discharge, and although urinary incontinence was not considered by itself as a conditioner of the return home, a greater functional dependence led to the referral to other inpatient units.

Keywords: Elderly; Urinary incontinence; Self-care; Nurse; Multidisciplinarity.

Abreviaturas e siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APNU – Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia

APU – Associação Portuguesa de Urologia

AVC – acidente vascular cerebral

AVD – atividades da vida diária

Coord. – Coordenador

doi – *Digital Object Identifier*

DRS – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

Ed. – Editor

Eds. – Editores

Ent. – entrevistador

ib. – *ibidem*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IU – incontinência urinária

MS – Ministério da Saúde

MFSSSESS – Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

Org. – Organizador

PII – Plano Individual de Intervenção

p – página

pp. – páginas

Rel. – Relatora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TSSS – técnica superior de serviço social

UA – Unidade Azul

UC – Unidade(s) de Convalescença

UP – Úlcera por pressão

UV – Unidade Verde

WHO – *World Health Organization*

WOCN – *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*

Índice

	p
Introdução	23
1 – Enquadramento do tema	25
2 – Justificação da problemática	27
2.1 – Problema e finalidade do estudo	29
2.2 – Objetivos e questões de investigação	30
2.3 – Visão geral do relatório de investigação	31
Capítulo 1 – O idoso com incontinência urinária	35
1 – Envelhecer na sociedade contemporânea	37
1.1 – Ser “ <i>idoso</i> ” na atualidade	37
1.2 – Envelhecimento ativo e bem-sucedido, os repto	as
repercussões	40
2 – Incontinência urinária	45
2.1 – Anatomofisiologia da micção: Breves considerações	45
2.2 – Tipologia e avaliação da incontinência urinária	49
3 – O corpo envelhecido, vulnerável e incontinente	53
3.1 – Corpo e espaço social	53
3.2 – A vulnerabilidade e os limites do indizível	55
4 – A promoção do autocuidado no idoso com incontinência	
urinária	61
4.1 – Teoria do défice de autocuidado de Orem	61
4.2 – Intervenções de enfermagem e a importância da	
multidisciplinaridade no cuidar	67

Capítulo 2 – O modo de investigação: Estudo etnográfico em contexto de convalescença

77

1 – A natureza do estudo

79

2 – Processo de investigação e fases do estudo

83

2.1 – O acesso ao terreno de pesquisa

84

2.2 – A observação participante

88

2.3 – A entrevista

92

2.4 – Os documentos

96

2.5 – O processo de tratamento, análise de dados e validação da informação recolhida

98

2.6 – Considerações éticas

102

Capítulo 3 – Enfrentando os desafios da incontinência urinária no idoso: O contexto, os atores e as estratégias de ação

105

1 – O ambiente: Contexto de cuidados e os atores envolvidos

107

1.1 – O contexto de cuidados

108

1.2 – Os atores envolvidos

112

2 – As interações: Os modos de ação e a construção do processo de autocuidado no idoso com incontinência urinária

119

2.1 – O acolhimento e a origem da incontinência urinária: Significados e valores enquanto desafios da primeira etapa do processo de autocuidado

119

2.2 – Interagindo e desenvolvendo os cuidados: O acompanhamento e a construção do autocuidado no idoso com incontinência urinária

136

2.2.1 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: A

	p
logística, as atividades e os objetos que enformam os cuidados	137
2.2.2 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As dificuldades sentidas e vividas nos quotidianos	151
2.2.3 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As estratégias mobilizadas	160
2.3 – Os efeitos: Preparando a alta	176
2.4 – As sugestões para melhoria do processo	189
Conclusões e sugestões	197
Bibliografia	217
Índice remissivo de autores	237
Apêndices	i
Apêndice I – Guião de observação inicial	iii
Apêndice II – Guião de observação focalizada	vii
Apêndice III – Guião de entrevista: Profissionais	xv
Apêndice IV – Codificação do <i>Focus Group</i>	xxi
Apêndice V – Guião de entrevista: Idosos	xxv
Apêndice VI – Árvore dos <i>Nós</i>	xxix
Apêndice VII – Os <i>Memos</i>	xxxiii
Apêndice VIII – Relatório de resumo do projeto: <i>Fontes</i>	xxxvii
Apêndice IX – Matriz de investigação e análise	xliii
Apêndice X – Consentimento informado: Profissionais	xlix
Apêndice XI – Consentimento informado: Profissionais / Idosos / Referenciação	liii
Apêndice XII – Consentimento informado: Idosos	lvii
Anexos	lxi

p

**Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior
de Enfermagem de Lisboa lxiii**

**Anexo II – Parecer da Comissão de Ética e Autorização da
Administração Regional de Saúde do Alentejo lxvii**

Índice de figuras

	p
Figura n.º 1 – Implicações da IU	59
Figura n.º 2 – O ambiente de cuidados: Contextos e atores envolvidos	117
Figura n.º 3 – Nuvem de palavras no Nó “Visão do Corpo”	126
Figura n.º 4 – Fontes codificadas no Nó “Sentimentos”	129
Figura n.º 5 – O acolhimento: Significados e valores enquanto primeiro desafio	135
Figura n.º 6 – Nuvem de palavras do Nó “Logística, Atividades e Objetos”	143
Figura n.º 7 – O acompanhamento: Logística, atividades e objetos que enformam os cuidados ao idoso com IU	150
Figura n.º 8 – O acompanhamento: As dificuldades subjacentes à construção do autocuidado	159
Figura n.º 9 – Enfermeiro: Ator chave na interação	170
Figura n.º 10 – O acompanhamento: As estratégias mobilizadas para a construção do autocuidado	175
Figura n.º 11 – Os efeitos: Dois caminhos, dois destinos, regresso a casa ou referenciação	188
Figura n.º 12 – A construção do processo de autocuidado aos idosos com IU: Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades	195
Figura n.º 13 – O contexto cultural da construção do processo de autocuidado aos idosos com IU	210
Figura n.º 14 – O contexto cultural político e organizacional da construção do autocuidado ao idoso com IU: O futuro	212

Índice de gráficos

	p
Gráfico n.º 1 – Motivo de internamento por Unidade	115
Gráfico n.º 2 – Eliminação à entrada	179
Gráfico n.º 3 – Eliminação à saída	179
Gráfico n.º 4 – Eliminação à saída: Alta / Referenciação	184

Índice de quadros

	p
Quadro n.º 1 – Equipa multidisciplinar em tempo integral	113
Quadro n.º 2 – Programação dos turnos	139

Introdução

"Sendo objetivo do trabalho do enfermeiro proporcionar o retorno da saúde, este implica um dispositivo global de intervenções que ocorrem num contexto, cujas características se analisam."

(Costa, 2006: 174)

1 – Enquadramento do tema

Envelhecer é hoje uma realidade e uma esperança, sustentada na realidade demográfica Europeia. A esperança surge associada ao envelhecimento bem-sucedido, contudo o entendimento sobre o processo de envelhecimento envolvendo o binómio saúde/doença é complexo, muito mais quando a ele estão associados fenómenos como a dependência e a vulnerabilidade. Não podemos deixar de estar atentos às situações de impacto múltiplo que resultam em inquietação, quando nos deparamos com um corpo cujas funções estão alteradas como é o caso da Incontinência Urinária [IU]. Aqui estão presentes as dimensões de saúde / doença, de cuidados, pessoa e ambiente onde se cruzam inclusive aspetos da vida social das pessoas que com ela se vêm confrontadas.

Pelas implicações decorrentes desta situação, a *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* [WOCN] (WOCN Continence Committee 2008-2009, WOCN Professional Practice Committee 2008-2009, Kupsick, Lawrence & Sadler, 2009) e as várias edições do *International Consultation on Incontinence*, nomeadamente Abrams, Cardozo, Khoury & Wein (2013), mencionam ininterruptamente a necessidade de intervenção. A enfermagem pela abordagem holística que tem, desempenha um papel significativo no apoio aos idosos com IU, integrando equipas interdisciplinares, tal como vem sendo apresentado na literatura internacional, Herrera (2007), Nazarko (2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017), Spencer, McManus & Sabourin (2017).

Em Portugal a IU é um assunto ainda pouco estudado sob o ponto de vista da enfermagem, contudo o Inquérito Nacional de Saúde efetuado em 2014 verificou que 7,3% dos inquiridos, referiram IU¹ e à semelhança do que se verifica em estudos internacionais, esta incidência é maior no género feminino que no masculino, com 9,6% das inquiridas a responderem afirmativamente, em relação aos homens, 4,8% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). A Associação Portuguesa de Urologia [APU] & Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia [APNU] (2018) admite existirem em Portugal cerca de 600 mil pessoas incontinentes nas diversas faixas etárias, salientando que com o envelhecimento da população, o mais provável é este número aumentar, não esquecendo a elevada percentagem

¹ “**Incontinência urinária:** doença que se caracteriza por perdas de urina involuntárias.” (INE, 2016: 306).

(cerca de 50%) de IU nas pessoas institucionalizadas. Por outro lado verifica-se que apenas cerca de 10% pede ajuda dos profissionais de saúde, pois a maioria faz a gestão da situação por si só, recorrendo a medidas de proteção. Tendo em conta esta realidade e considerando que no horizonte dos cuidados aos idosos com IU, se incluem também a família e os profissionais de saúde, qualquer processo de compreensão das práticas terá que lançar um olhar sobre as culturas subjacentes aos processos de autocuidado, onde incluímos as próprias organizações onde estes ocorrem.

Por outro lado, quando estudamos a pessoa com incontinência, o conceito de corpo com as singularidades socioculturais associadas terá que estar presente, não podendo ainda deixar de considerar o conceito de autocuidado, ancorado numa perspetiva cultural onde observemos a singularidade de cada um e do ambiente onde se insere.

2 – Justificação da problemática

A WOCN (WOCN Continence Committee 2008-2009 *et al.*, 2009), define incontinência como a perda de controlo urinário e / ou fecal, constituindo hoje um problema de saúde bastante significativo com custos elevados ao nível da saúde física, psíquica com repercussões sociais significativas porque os sintomas interferem nas relações interpessoais e até na sexualidade, incluindo também o impacto nos cuidadores. Face à atual situação de muitos idosos com reformas baixas e à necessidade de racionalização de recursos por parte das organizações prestadoras de cuidados, não poderemos deixar de considerar o significativo impacto económico que traz o controlo da mesma, pela necessidade de dispositivos e recursos que envolve (Troko, Bach & Tooze-Hobson, 2016).

A IU integra os *Geriatric Giants* tal como a confusão, a imobilidade, risco de queda, as limitações sensoriais, etc. (Foley *et al.*, 2012). Apesar disto continua a ser um problema subnotificado, subdiagnosticado e logo não tratado, talvez por ser também ainda pouco valorizado pelos próprios profissionais de saúde, aspeto que nos causa preocupação. Em Portugal, à semelhança do que ocorre na Europa, o envelhecimento populacional é notório, a projeção para 2080 aponta para 2,8 milhões de idosos, sendo que o índice de envelhecimento passará para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017: 1). Não devendo a dependência ser associada diretamente ao envelhecimento, com o aumento dos anos de vida, as comorbilidades serão uma realidade, assim como o aparecimento de doenças que quer de forma transitória, quer permanente, originam situações de défice de autocuidado (Costa *et al.*, 2017).

Por tudo isto ao longo das últimas décadas, a aposta em políticas públicas que sustentem estratégias de resposta, são uma realidade, podendo destacar como exemplo a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], alicerçada no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (Ministério da Saúde [MS], 2006: 3856), que previu já na altura, um modelo integrado de cooperação para a prestação de cuidados sustentado em diversas tipologias de resposta que “devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com

essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar. Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades”. A rede antecipou ainda a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações que são irrecuperáveis. Qualquer tipologia de serviços contempla a necessidade de cuidados de enfermagem, reconhecidos como essenciais para a promoção do processo de autocuidado, seja em termos de prevenção, reabilitação e manutenção quer do utente quer da família ou cuidador.

Atendendo à temática aqui em análise, o autocuidado no idoso com IU, poderá ter repercussões nas mais variadas atividades da vida e até no autocuidado, se pensarmos no vestir, na mobilidade e capacidade de chegar rapidamente à casa de banho, na própria alimentação e até no repouso, pela necessidade de urinar durante o período noturno. Além disso nos casos em que é necessário mobilizar a ajuda de um cuidador, também este terá que ser tido em atenção. Associados a todos estes fatores estão as questões ligadas à representação do corpo, sendo necessário mobilizar o conceito, sob o ponto de vista da socioantropologia do corpo e da saúde, onde Le Breton (2006) argumenta que a existência corporal está imbuída no contexto social e cultural, sendo este o canal através do qual as relações sociais são elaboradas e vivenciadas. Ainda na perspetiva de cuidados e tratamento da IU, e sustentando estas premissas, dever-se-á integrar a pessoa inserida no seu meio ambiente, considerando os aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, isto porque no que diz respeito à limpeza do corpo “os comportamentos de higiene particulares às nossas sociedades também repousam sobre uma simbologia do limpo e do sujo, do propício e do nefasto; elas também são culturalmente condicionadas” (Le Breton, 2006: 58). Desta forma, os cuidados e a promoção do autocuidado, integrados numa perspetiva de envelhecimento ativo, deverão ter em conta a pessoa com os seus modos de vida singulares.

Para Orem (2001) e Berbiglia & Banfield (2011) a ajuda e cuidado de enfermagem englobam uma série de ações que poderão ser desempenhadas no sentido de ultrapassar ou compensar as limitações, mobilizam métodos dirigidos a essas mesmas limitações associadas à saúde. O enfermeiro pode então atuar num sistema completamente compensatório (onde a enfermeira compensa a incapacidade, ajuda e protege o doente), parcialmente compensatório (efetua algumas medidas no intuito de favorecer o autocuidado, compensando as limitações de acordo com as necessidades) ou educativo e de apoio (ajudando na tomada de decisões, favorecendo as aprendizagens). Uma situação de IU do idoso poderá requerer cuidados de enfermagem, que atravessam os três sistemas, de acordo com o estágio de doença e as

limitações associadas, com vista à reabilitação dos mesmos, à reeducação deste e por vezes da família e / ou cuidador numa perspetiva de promoção do autocuidado, onde se cruzam os cuidados de enfermagem compensatórios e de ensino. Isto porque é necessário intervir de forma continuada, desde os cuidados de saúde primários, agudos, de reabilitação e até de longa duração, o que vem reforçar a nossa decisão de ancoragem ao conceito. Por outro lado os programas de envelhecimento ativo e saudável estão sustentados em estratégias de intervenção que vão desde a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas, promoção de ambientes capacitadores e promoção da atividade, onde estes cuidados incluem a formação e informação dos idosos e seus cuidadores sobre atividade física, estimulação das funções cognitivas, gestão do sono, nutrição, hidratação e eliminação (Marques-Vieira, Amaral & Pontífice-Sousa, 2016).

Associando a IU, o envelhecimento, a necessidade de construção de processos de autocuidado e os recursos atualmente disponíveis como a RNCCI, ancorados numa perspetiva de cuidados de enfermagem que tem em conta os aspetos socioculturais, pensamos ser importante perceber esta construção do processo de cuidados ao idoso com IU na sua totalidade e em contexto.

2.1 – Problema e finalidade do estudo

Perante os dados do envelhecimento e também da IU em Portugal, emerge a necessidade de compreender os processos onde a enfermagem está envolvida, não de forma isolada, mas integrada num sistema de saúde onde políticas macro e meso interferem nas interações micro levadas a cabo nos quotidianos de cuidados. Por outro lado, não poderemos ser alheios ao facto da incorporação do corpo dependente e dos cuidados a ele associados, onde o extravasamento de urina acontece sem controlo, implica a compreensão das formas de ação, e dos significados presentes onde sujo e limpo emergem associados. Os processos de autocuidado ao idoso com IU ocorrem num contexto onde vários atores estão presentes e interagem tendo subjacentes culturas diversas. Para aceder à compreensão destas dimensões culturais que atravessam o universo de cuidados, acreditamos ser imprescindível a observação empírica dos contextos onde estes ocorrem, sendo necessário traçar um caminho metodológico em conformidade, partindo de uma problemática ancorada na seguinte questão de investigação:

- Como é construído pelos enfermeiros e idosos com IU, em contexto de convalescença,

o processo de autocuidado, como entidade integradora de culturas dos atores e dos contextos de cuidados?

Este trabalho tem como finalidade estudar e compreender numa perspetiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com IU o processo de autocuidado, em contexto de convalescença. Pensamos ser este conhecimento importante para podermos traçar estratégias plurais e multidimensionais tendo no horizonte a qualidade dos cuidados de saúde, integrando os valores e cultura individuais e organizacionais tendo em conta os recursos existentes.

2.2 – Objetivos e questões de investigação

No intuito de ir ao encontro do problema de investigação formulámos os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de construção de cuidados, com vista à promoção do autocuidado no idoso com incontinência urinária, em contexto de convalescença.
- Compreender os significados, valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro / idoso / família com vista à promoção do autocuidado.
- Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com incontinência.
- Compreender o modo como a cultura individual e organizacional interferem na promoção do autocuidado do idoso com incontinência urinária.

A construção do processo de autocuidado remete-nos para a compreensão das inter-relações e modos de ação ao longo do tempo que se constituem e corporizam em contexto, onde valores de referência, significados e cultura organizacional se entrecruzam. Nesta sequência colocámos as seguintes questões secundárias que foram emergindo e sendo reformuladas ao longo do trabalho de campo, como aprofundaremos no capítulo “O modo de investigação: Estudo etnográfico em contexto de convalescença”:

- Que fatores ligados à cultura individual e organizacional interferem no processo de cuidados ao idoso com IU?
- Que significados têm do corpo incontinente e dos cuidados ao mesmo?
- Como são estabelecidas as interações entre os atores intervenientes (enfermeiro / outros profissionais / idoso / família) nas diversas etapas do internamento?

- Que cuidados são prestados por parte da equipa de enfermagem em particular e que valores simbólicos / culturais estão subjacentes?
- Que dificuldades sentem os diversos atores durante o processo de construção do autocuidado?
- Que estratégias / recursos pessoais e contextuais são mobilizados durante o processo de construção do autocuidado?

2.3 – Visão geral do relatório de investigação

Se o envelhecimento é um fenómeno complexo, não devemos esquecer que a IU incorpora várias dimensões desde a física, psicológica, social e até económica, logo a pessoa, o binómio saúde/doença e o ambiente onde os cuidados ocorrem deverão ser alvo da atenção dos investigadores, numa apreensão da cultura subjacente. O enfermeiro por meio da abordagem holística tem um papel significativo na construção do autocuidado ao idoso em articulação com os diferentes profissionais que compõem a equipa de saúde, mobilizando competências diversas mas complementares. Contudo, vários são os fatores que poderão interferir na construção deste cuidado, principalmente tratando-se de uma situação que envolve a exposição corporal, nomeadamente uma parte bastante íntima, onde o sujo emerge associado. Por um lado imperam as culturas individuais dos atores envolvidos, por outro estão presentes as profissionais diversificadas, por se tratar de um cuidado co construído, não podendo ainda deixar de contemplar as culturas organizacionais, todas elas presentes nos quotidianos de cuidados influenciando interações e modos de ação. O questionamento desta realidade nos contextos selecionados passará pela compreensão da cultura subjacente ao processo de construção de cuidados, com vista à promoção do autocuidado no idoso com IU, em contexto de convalescença.

A rotura ou a quebra no corpo atravessa ainda um simbolismo, onde o descortinar dos significados terão que ser auxilio para a construção indutiva da compreensão sobre as interações levados a cabo pelos atores. Por outro lado há que ter presente a oscilação entre o macro, meso e micro, que vão desde as políticas que regem o modelo de cuidados, às diretrizes organizacionais e aos recursos envolvidos, pois todas elas de certa forma modelarão os modos de ação e a construção do autocuidado ao idoso com IU em contexto de convalescença.

Ancorados à pergunta de partida e aos objetivos inicialmente traçados, estruturámos

o trabalho em três capítulos.

O Capítulo I encontra-se estruturado em torno da discussão dos conceitos que agrupámos em quatro subcapítulos. No primeiro considerámos o envelhecimento, efetuando o enquadramento na atualidade não só em termos demográficos, mas incluindo os desafios impostos à sociedade onde se inclui o setor da saúde (World Health Organization [WHO], 2015a; 2015b; Costa *et al.*, 2017) para que este se torne ativo e bem-sucedido, efetuando uma abordagem às repercussões de uma vitória conquistada através do desenvolvimento socioeconómico e da saúde, que ao mesmo tempo constitui hoje o repto, cujo resultado será modelado pela capacidade de mobilização de recursos promotores da criação de ambientes amigáveis ao idoso e da promoção do autocuidado. Recaindo o nosso interesse sobre a IU no idoso, prosseguimos articulando uma breve consideração sobre a anatomofisiologia da micção, articulando a mesma com as diferentes tipologias de IU, no intuito de facilitar a sua compreensão. Nesta sequência referimos ainda procedimentos de avaliação que no caso dos idosos não poderão deixar de ter em conta outras comorbilidades associadas (Abrams *et al.*, 2002; Abrams *et al.*, 2005; Lucas *et al.*, 2014; APU & APNU, 2016).

Como nem todo o processo de envelhecimento traz necessariamente consigo situações de incontinência, era essencial efetuar esta diferenciação. Contudo, em muitos casos a IU surge na sequência ou é agravada pela doença, havendo como abordaremos, evidência que sustenta a sua visão social associada a um corpo velho, vulnerável e incontinente que é preciso controlar face aos constrangimentos impostos pela vivência em sociedade. Nesta parte fazemos referência ao cuidado sujo, que procura manter limpo um corpo vulnerável que é sentido e vivenciado pelo idoso como estando nos limites do indizível. Por último, face ao âmbito deste trabalho e aos conceitos nucleares que incorpora, apesar de recorrermos a contributos oriundos de outras áreas do conhecimento, houve a necessidade de ancorar e guiar os procedimentos futuros a partir de um quadro teórico sustentado, na área de Enfermagem. Considerámos Orem (2001) enquanto suporte para o autocuidado conceito aqui em debate, mobilizando ainda a teoria dos sistemas e do défice de autocuidado, onde poderiam ser ancoradas as várias intervenções de enfermagem propostas pela evidência científica mais recente. Ao incorporar o idoso, nas dimensões física, psíquica, social e cultural, também porque na passagem pelas unidades de convalescença, estes passam por várias transições, considerámos as perspetivas de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000). Como os aspetos culturais foram desde cedo subjacentes à problemática aqui em estudo e pelo roteiro metodológico a percorrer, tomámos ainda por sustentação Leininger (1997; 2006), pois

também para nós é importante compreender a singularidade dos atores aqui em estudo, os seus modos de vida, características e crenças próprias, inseridos num contexto onde a construção do cuidado não pode ser alheia às diversas culturas subjacentes. Ao longo de todo o capítulo procurámos incluir estudos e outros textos científicos que constituem um conjunto de contributos e saberes em torno da temática, mas que continuam a salientar a escassez de investigação em torno da construção do autocuidado ao idoso com IU.

No Capítulo II ilustramos o modo de investigação, tratando-se de um estudo etnográfico conduzido no contexto de duas unidades de convalescença pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Iniciamos com a abordagem à natureza do estudo, prosseguindo com a descrição de todo um roteiro desenhado no intuito da compreensão de uma realidade que nos conduzirá à compreensão das culturas subjacentes à construção do autocuidado. Começamos por descrever o acesso ao terreno de pesquisa, os modos e instrumentos de colheita de dados a mobilizar, bem como as diversas fases, incluindo a análise, que deverá ser recursiva e circular tal como preconizado por Spradley (1980) e Leininger (2006). Este capítulo termina com a apresentação das considerações éticas transversais a todo o processo de investigação.

O Capítulo III comporta o olhar do “alto da árvore”, tal como aludido por Spradley (1980: 35), a efetuar várias vezes durante o processo, mas que culminará com a emergência dos domínios culturais, subjacentes ao processo de construção do autocuidado e que nos conduzirão às respostas para as perguntas que foram surgindo, através da ilustração dos desafios que integram a IU no idoso. No primeiro subcapítulo efetuamos a caracterização dos contextos em análise e dos atores envolvidos, já os subcapítulos seguintes ilustram um processo que é construído num horizonte temporal que vai desde o acolhimento à preparação da alta. Neste caminho começamos por ilustrar os significados e valores enquanto desafios da primeira etapa do processo de construção do autocuidado, abrindo espaço à compreensão dos modos de ação que enformam os cuidados. Aqui estão presentes o acompanhamento que é efetuado ao idoso, a incorporação da logística, atividades e objetos essenciais aos cuidados, as dificuldades sentidas e vividas nos quotidianos, as estratégias mobilizadas e os efeitos de um trabalho materializado na construção do cuidado, cujos efeitos poderão variar de acordo com condições pessoais, mas também ambientais. Transversal a todos estes pontos, estará o modo como a cultura individual e organizacional interfere na promoção do autocuidado ao idoso com IU, construído a partir das observações efetuadas, mas também alicerçado nos testemunhos dos participantes. Finalizamos com sugestões para melhoria do processo, tendo

estas sido construídas com base no avançado pelos participantes no estudo e também por testemunhos privilegiados com responsabilidade sobre a implementação do modelo de cuidados, a nível macro e micro sistémico.

As conclusões enunciam os achados significativos num paralelismo com os objetivos definidos para esta pesquisa. Estão organizadas segundo os domínios que emergiram, seguidas de sugestões que radicam num processo inacabado, onde os cuidados ao idoso com incontinência, terão que ser refletidos num investimento agregador de políticas públicas, formação e investigação.

Integramos a bibliografia de suporte, apêndices e anexos que ilustram o trabalho desenvolvido. Salientamos que o presente documento, está redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, com exceção das citações referentes a obras e diplomas que não o observam, seguindo como normas de referenciação bibliográfica as estabelecidas na 6.^a edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (2013).

Capítulo 1

O idoso com incontinência urinária

"Envelhecimento: e então?

*Estamos a viver mais anos, o que é bom, mas não
é igual a viver melhor."*

(Rodrigues, 2018: 17, 101)

1 – Envelhecer na sociedade contemporânea

A relevância dos ganhos em anos no cenário da esperança média de vida tem sido particularmente enfatizada, tendo merecido especial atenção nos trabalhos de pesquisa realizados nas mais diversas áreas disciplinares pois o mundo atravessa um processo demográfico único com o envelhecimento da população. Contudo esta alteração da pirâmide etária constitui uma vitória que em simultâneo gera desafios nas esferas sócio-político-organizacionais.

A abordagem analítica do envelhecimento e o ser *idoso* pela ótica da saúde em geral e da enfermagem em particular, mobilizando estratégias interdisciplinares, reveste-se da maior pertinência, assumindo especial interesse. Atendendo por um lado às grandes alterações observadas nos últimos tempos no suporte e nas condições de vida das pessoas, e por outro, às enormes clivagens e desigualdades sociais que ainda hoje persistem nas dimensões económica, de acessibilidade ambiental e literacia que poderão ser condicionadoras das práticas assistenciais, mas que ao mesmo tempo deverão constituir uma aposta e um desafio no sentido de contribuir para um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido para todos.

1.1 – Ser “*idoso*” na atualidade

A preocupação com as questões dos *idosos* e do *envelhecimento* humano, há já algum tempo que ocupam lugar de debate. Há mais de 30 anos, em 1982 a Organização das Nações Unidas promoveu a Primeira Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento em Viena na Áustria, da qual resultou o primeiro plano de ação. Este incluiu 62 recomendações em torno da necessidade de pesquisa e investigação, incluindo a colheita e análise de dados, formação e educação, mobilizando várias áreas sectoriais na abordagem de temáticas que iam desde a saúde e nutrição, a habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança, economia / rendimento, emprego e educação. Nesta sequência a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou 1999 como o Ano Internacional do Idoso (United Nations, 1993: 13-14).

Em 2002 decorreu em Madrid a 2.^a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da qual emergiu uma declaração política e o Plano de Ação Internacional “Envelhecimento

Madrid 2002”. Nesta sequência os vários governos participantes comprometeram-se a desenhar e executar medidas que lhes permitissem enfrentar os desafios lançados pelo envelhecimento da população, sendo estas desenvolvidas em torno de três temas prioritários:

1. Pessoas idosas e desenvolvimento;
2. Melhorias na saúde e bem-estar dos idosos;
3. Ambientes favoráveis aos idosos.

Foi ainda no âmbito desta assembleia que se recomendou a adaptação dos planos internacionais às diferentes regiões, tendo em conta as especificidades demográficas, económicas e culturais, para que estas se tornassem operativas e aplicáveis (ib.).

No decurso dos tempos, várias foram as iniciativas promovidas sobre a temática, destacamos na Europa em 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, procurando alertar para o contributo socioeconómico que os idosos dão e poderão dar à sociedade, bem como mais uma vez, salientar a importância da manutenção da atividade, vitalidade e dignidade. Também a WHO (2015a), elaborou o Relatório Mundial Sobre Envelhecimento e Saúde, incluindo no seu interior, numa clara alusão à necessidade de intervenção, pontos como:

1. Adicionando saúde aos anos;
2. Sistemas de saúde – cuidados de longa duração;
3. Um mundo amigável para os idosos.

No seguimento do apresentado em Madrid 2002 e incluindo ainda outras recomendações, em Portugal, a Direção-Geral da Saúde – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006), emitiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, sendo desde então vários os programas e projetos que esta entidade promove e apoia, onde se encontravam incluídos os seguintes pontos:

1. Promover um envelhecimento ativo;
2. Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas;
3. Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores.

Ao longo do tempo verificou-se um claro interesse em termos políticos na promoção e valorização do *envelhecimento e dos idosos* na sociedade contemporânea apesar das desigualdades ainda existentes.

Estas desigualdades e algumas particularidades por vezes associadas à saúde, economia e meio onde se inserem, torna difícil na atualidade a tarefa de mobilização do conceito de *idoso*. Isto porque, se por um lado nos sustentamos nas componentes estruturais, a

individualidade protagonizada apesar da dimensão temporal, causa por vezes estranheza e até revolta quando é mencionado em esferas mais ativas da população mais velha.

Corroborando tal perspetiva, Fry (2017) refere-se à idade enquanto uma categoria socialmente construída, logo a sua estratificação tem a influência das sociedades humanas. No entanto, é o curso de vida que materializa a mesma de acordo com as várias condicionantes que o compõem. Como tal, os anos poderão constituir uma unidade de medida pouco significativa, terá sim uma considerável importância a cultura dos mesmos, bem como a forma como são vividos e percecionados, numa construção social combinada entre a maturidade física e a passagem de gerações. Atualmente ser idoso assume uma dimensão diferente no curso de vida, não implicando necessariamente uma proximidade com a finitude, o declínio ou a pobreza.

Concordamos com a perspetiva apresentada por Fry (2017) e também com a WHO quando considera que *idoso* em termos cronológicos deverá ser entendido tendo em conta as condições ambientais, entre outras que desenvolveremos no capítulo seguinte. No entanto face ao estudo aqui apresentado, torna-se importante precisar o conceito que adotamos ao longo do mesmo. Assim para este trabalho, tomamos para sustentação, a nomenclatura etária definida pela WHO (2002), indicando a idade cronológica de 65 anos a partir da qual nos países desenvolvidos se considera pessoa idosa e também mobilizado atualmente em Portugal na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (Costa *et al.*, 2017).

Em Portugal e na Europa, a esperança média de vida tem vindo a aumentar nas últimas décadas, situando-se no nosso país, em torno dos 80,8 anos (77,7 para os homens e 83,4 para as mulheres) (Pordata, 2018). As projeções para 2015-2080 colocam a hipótese de a esperança média de vida à nascença atingir os 87,38 anos para homens e 92,10 anos para mulheres (INE, 2017: 14).

Os dados demográficos referentes aos idosos, colocam-nos numa trajetória onde a reflexão é necessária para a adoção de políticas assistenciais que tenham em conta a sustentabilidade do sistema e de práticas eficazes, baseadas em evidências científicas, mas também adequadas às especificidades individuais de cada idoso, considerando em simultâneo as especificidades físicas, psicológicas, culturais e ambientais.

A idade cronológica poderá não ser por si só importante, pois anciania é multidimensional e são vários os fatores que influenciam o processo que é envelhecer (Foster & Walker, 2014; WHO, 2015a; Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016; Marques-Vieira *et al.*, 2016; Douma, Steverink, Hutter & Meijering, 2017; Mejía, Ryan, Gonzalez & Smith, 2017). A este

propósito verificamos que cada pessoa com a sua cultura, a sua história de vida, as relações que estabelece e os meios de que dispõe, vive o processo de envelhecimento de forma muito própria.

No quotidiano, cruzamo-nos com pessoas de 65 anos e por vezes até menos, com múltiplas dificuldades na vivência das práticas de autocuidado, devido por vezes à coexistência de comorbilidades ou em consequência de doença súbita. Outros, mais velhos, experienciam situações de independência e bem-estar, sendo esta etapa vivida de forma venturosa, contrariando visivelmente o idadismo tão criticado, mas que ainda muitas vezes permanece nos quotidianos, onde os idosos ocupam a imagem social negativa de incapacidade, dependência e doença. Para que tal imagem seja ultrapassada há que apostar em diversas frentes. O envelhecimento da população é uma realidade e a fase de declínio seja com perdas mais ou menos significativas de capacidades conducentes à vulnerabilidade, são presentes principalmente em fases mais avançadas. Estas situações provocam desequilíbrios tanto nos idosos como nas suas famílias, agravadas por diversas condições sociais como a migração e o isolamento.

É neste sentido que o investimento no envelhecimento saudável, com a manutenção da autonomia, da atividade e qualidade de vida, a promoção da reabilitação, o apoio nos cuidados, o conforto e melhor bem-estar possível, é tão importante.

1.2 – Envelhecimento ativo e bem-sucedido, os reptos e as repercussões

Ouvimos falar com frequência em envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido. O léxico é diverso e nem sempre consensual.

Marques-Vieira *et al.* referem que “o conceito de envelhecimento ativo pretende ir mais além do que o de envelhecimento saudável” (2016: 525).

A WHO (2015b: 2) define envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada².

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável aborda os dois termos, ativo e saudável, em conjunto. É definido como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as

² ““Healthy Ageing” is defined as the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age” (tradução da autora).

peessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (Costa *et al.*, 2017: 6).

Foster & Walker (2014) aludem ao facto do conceito de envelhecimento bem-sucedido ser o termo mais utilizado nos Estados Unidos.

Araújo *at al.* (2016) referem-se aos três conceitos, indicando o envelhecimento saudável e ativo como mais utilizados tanto nas produções científicas como em termos das políticas públicas Europeias, corroborando os trabalhos de Foster & Walker (2014) referindo-se ao envelhecimento bem-sucedido como oriundo dos Estados Unidos encerrando em si uma conceção holística com ênfase na responsabilidade individual. Contudo apesar das diferenças, todos eles emergem em oposição aos modelos deficitários do envelhecimento cujo foco está centrado no declínio do idoso.

Os trabalhos referenciados colocam a tónica numa forma de envelhecer auspiciosa, através da otimização da saúde, da atividade, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida. Tudo isto, porque o processo de envelhecimento emerge em consequência com a interação com o meio como já há muito abordado, onde os determinantes pessoais abrangendo os aspetos biológicos, genéticos e psicológicos, bem como os próprios comportamentos, o ambiente físico, os determinantes sociais incluindo a acessibilidade aos serviços sociais e de saúde, os aspetos económicos, as questões culturais e até de género, como influenciadores, operando como fatores promotores ou prejudiciais.

Tais determinantes influenciadores do processo de envelhecimento, afetam ainda as mudanças a ele associadas e que originam diversas classificações e teorias.

Fonseca (2014), no intuito de sistematizar o conhecimento sobre as várias teorias do envelhecimento, realizou uma pesquisa cujos resultados apontaram para o agrupamento em:

1. **Teorias Biológicas** – que incluíam alusão à variância e mutação dos fatores genéticos, diminuição da massa muscular força e perda funcional, perda de qualidade de vida, aumento dos custos com a saúde e aumento da probabilidade de doenças e morte;
2. **Teorias Psicológicas** – que incluíam alterações na aprendizagem social, na funcionalidade cognitiva, nas tomadas de decisão do decurso da vida e dos processos de cuidados;
3. **Teorias Sociológicas** – com repercussões ao nível do desenho das políticas para o envelhecimento, na criação de programas de apoio, na investigação e na utilização dos

serviços de saúde.

Por tudo isto, o autor considerou envelhecimento “como um processo de alterações progressivas ocorridas ao nível biológico (mutação dos fatores genéticos com o aumento da idade, perda de homeostase, diminuição da massa muscular e força), psicológico (alteração na aprendizagem social, perda de funcionalidade cognitiva e de qualidade de vida) e sociológico (alteração do papel na sociedade e no seio familiar), com repercussões ao nível da funcionalidade e da alteração dos processos de vida e tomadas de decisão autónomas dos idosos” (Fonseca, 2014: 33).

Pela estruturação e aplicabilidade a este estudo, salientamos a diferenciação efetuada por Berger (1995) e posteriormente também utilizado por Marques-Vieira *et al.* (2016) quando estabelecem a diferença entre envelhecimento *primário* e *secundário*. Sendo que o primeiro está relacionado com o processo normal ou biológico, contemplando a longevidade máxima, prevendo as mudanças que acontecem gradualmente com a passagem dos anos, a chamada senescência resultante das alterações orgânicas e psicológicas, visíveis nas alterações corporais características do processo. Já o secundário está relacionado com alterações patológicas relacionadas com a doença, muitas vezes com implicações também económicas e sociais, até pelos reflexos que tem na autonomia e independência da pessoa. Tudo isto poderá ser transposto para as várias situações de IU que nos surgem nos quotidianos de trabalho, uma vez que como explicaremos no capítulo seguinte, esta poderá estar relacionada com aspetos biológicos do envelhecimento e/ou resultar de doença súbita, com repercussões físicas, psicológicas e sociais.

Como tal, perante os desafios impostos por teorias e conceções de saúde holísticas, inclusivas de fatores de ordem social, económica e cultural que afetam tanto o individuo como a família, terão que ser perspetivadas respostas macrossociais integradas, que ultrapassam as fronteiras da ou das organizações de saúde, pois o idoso está em constante interação com o contexto onde se insere, esteja ele ou não em situação de doença. Será primordial a mobilização dos mais diversos setores, no intuito de contribuir para a manutenção das capacidades físicas e mentais, promovendo a sua interação com o meio envolvente e consequentemente o bem-estar. Constatamos por vezes a existência de múltiplas situações de doença e até de comorbilidades, contudo a atuação intersectorial e interdisciplinar deverá ser efetuada no sentido da manutenção da atividade e da reabilitação sempre que tal seja necessário, para que o idoso possa regressar ao seu contexto social mesmo após um período de internamento.

O trabalho em parceria parece mais uma vez constituir a sustentabilidade, estando as próprias políticas públicas alicerçadas neste conceito. O relatório do Banco Mundial intitulado *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active and Prosperous Aging in Europe and Central Asia* (Bussolo, Koetti & Sinnott, 2015) alude à necessidade não só das organizações a um nível macro, mas também individualmente (micro), seguirem um processo de mudança de comportamentos. A sociedade apesar de estar a envelhecer, não está necessariamente destinada a estagnar ou ver os seus níveis de vida em declínio, contudo é necessário reduzir a dependência e manter a produtividade incentivando o envelhecimento ativo e saudável com aposta em cuidados preventivos, em diagnósticos precoces, educação, à conciliação entre família e trabalho, entre outros. Tudo isto, congregando esforços e empreendimentos conjuntos que saibam mobilizar as potencialidades de cada um.

Em Portugal é disso exemplo o documento intitulado Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que reconhece a necessidade de ação concertada entre vários setores e organizações sociais, para poderem atuar no sentido da melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que a idade avança, salientando a importância de uma governação integrada como garantia de sustentabilidade dos sistemas de suporte. Referem a necessidade de manter e aumentar os níveis de capacidade ao longo do tempo, retardando o mais possível o défice funcional; por outro lado, aludem à mobilização de recursos e ações dirigidas a pessoas com diminuição dessas mesmas capacidades, para que as incapacidades possam ser travadas, reduzidas e até revertidas (Costa *et al.*, 2017).

No nosso país, podemos constatar que a este nível, a RNCCI funciona no sentido de garantir de forma sustentável, os cuidados de saúde e apoio social necessários a pessoas em situação de dependência. A resposta integrada inclui ainda o cuidador, no sentido de promover a articulação entre os diversos níveis de cuidados, garantindo resposta às necessidades apresentadas e numa lógica de proximidade à comunidade (MS, 2006).

A mobilidade dentro da rede, sustentada numa governança inclusiva, procura que a pessoa, muitas vezes idosa, possa através da referenciação e avaliação interdisciplinar, percorrer um caminho onde reunidas as condições atravesse um processo de autocuidado que lhe possibilite transpor a incapacidade e quando possível alcançar a independência. Por outro lado, os cuidados de longa duração, constituem também eles a garantia de assistência quando a reabilitação não é uma possibilidade, mas onde o bem-estar é necessário.

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade (WHO, 2015b,

2017). O impacto do envelhecimento vai depender, em parte da capacidade de mobilizar recursos e estratégias que permitam criar ambientes amigáveis e promotores do autocuidado.

Ser *idoso* hoje não implica a conceção de idadismo, incorpora sim um protagonismo inquestionável no quadro das experiências individuais, às quais as interações com o meio ocupam lugar de destaque. Pessoas com 50 anos podem estar dependentes no autocuidado e outras com 80 serem independentes e proactivas. A nossa atenção recai sobre aqueles com idade igual ou superior a 65 anos, que ao confrontarem-se com uma situação de IU poderão ver comprometido esse envelhecimento tão anunciado com a adoção de políticas públicas promotoras do envelhecimento ativo, saudável ou até bem-sucedido. Concordamos com a inclusão de estratégias que abranjam a mobilização dos recursos disponíveis, contudo tal como foi recomendado pela WHO (2017) também será necessário recolher dados e efetuar investigação envolvendo os mais velhos, para que desta forma possamos trazer qualidade a este ganho em anos.

2 – Incontinência urinária

A perda de controlo urinário é um problema de saúde com custos sociais elevados que interfere nas relações sociais, interpessoais e na sexualidade da pessoa, tendo ainda grande impacto nos cuidadores, constituindo um peso económico e integra os *Geriatric Giants* (Foley *et al.*, 2012; Troko *et al.*, 2016).

A alteração na eliminação integrara desde sempre um foco da prática de cuidados em enfermagem, quer seja em contexto de convalescença e reabilitação, quer de manutenção. Contudo é muitas vezes subnotificado, subdiagnosticado e consequentemente não tratado. Segundo Stevens (2011: 351) “A maior parte dos doentes internados nas unidades de reabilitação são admitidos com incontinência urinária ou com alterações funcionais que os colocam em risco”. A IU, caracterizada pela perda involuntária de urina é um problema de saúde expressivo com repercussões a três níveis: físico, psicológico e social com consequências estigmatizantes. Para se poderem prestar cuidados que envolvam a promoção da continência urinária é necessário ultrapassar barreiras e atitudes dos próprios utentes, profissionais e sociedade, pois este é um problema ainda por vezes velado.

A APU & APNU (2016) explica a IU como uma situação patológica que resulta da incapacidade em armazenar e controlar a saída da urina. Caracteriza-se por diversas formas, desde as perdas ligeiras e ocasionais, a mais intensas e frequentes. Segundo a associação, existem em Portugal cerca de 600 mil pessoas incontinentes nas diversas faixas etárias, alertando que com o envelhecimento da população, a tendência será para o aumento deste número. Acrescenta que cerca de 50% das pessoas institucionalizadas sofrem de IU.

2.1 – Anatomofisiologia da micção: Breves considerações

A IU está associada à disfunção da parte inferior do aparelho urinário, sendo o aparelho composto na parte superior pelos rins que filtram os produtos de excreção do sangue, produzindo continuamente urina, e os ureteres tubos musculares bilaterais que a drenam dos rins para a bexiga. Estes entram na bexiga na face posterior estabelecendo um ângulo oblíquo, limitando assim a regurgitação da urina para a parte superior. A parte inferior do aparelho

urinário é composto pela bexiga, esfíncter interno, externo e pela uretra. A bexiga é um órgão muscular oco constituído pela calote integrando o detrusor, formado por duas camadas entrelaçadas de músculo liso (corpo vesical) e pelo trígono situado na base onde passam os ureteres e a uretra que é contígua ao colo vesical. O colo tem entre dois a três centímetros e faz parte da uretra posterior, os músculos desta área formam o esfíncter interno que intervém no controlo autónomo da micção. O esfíncter externo é composto por um músculo-esquelético voluntário (rabdoesfíncter) permitindo à pessoa em condições normais impedir a micção. A uretra, mais pequena na mulher do que no homem é o tubo que transporta a urina para o exterior (Gomes & Hisano, 2010; Stevens, 2011).

Estas estruturas têm um papel fundamental na eliminação urinária, influenciando na continência também os músculos do pavimento pélvico e nos homens a próstata. A musculatura pélvica é composta por músculos estriados e voluntários, sensíveis ao exercício, aquando da contração voluntária implicando a compressão, alongamento e elevação da uretra.

No que diz respeito à estimulação nervosa, o funcionamento da bexiga é coordenado pelo Sistema Nervoso Central. Podemos resumir o processo de micção normal em três fases: 1) o enchimento da bexiga, 2) o armazenamento da urina e 3) a contração e esvaziamento. Aquando do enchimento da bexiga são o esfíncter uretral e os músculos do pavimento pélvico que promovem a continência, à medida que a pressão intravesical aumenta. Quando este volume está no limite (cerca de 200 a 300 ml) a pessoa sente uma necessidade premente de urinar. Para manter a continência será necessário o estímulo da contração do esfíncter interno e a supressão da atividade do detrusor através da estimulação simpática, acompanhada também pela contração do esfíncter interno e do aumento da resistência uretral. De uma forma geral podemos dizer que a continência é mantida quando a pressão intrauretral é superior à pressão dentro da bexiga.

A atividade neurológica normal condiciona diretamente o controlo da micção, através desta são exercidas as influências consciente e socialmente aprendidas, é ainda através do córtex cerebral que se consegue efetuar uma continência socialmente aceite de inibição ou facilitação da micção, pois com a passagem adequada da mensagem, a pessoa poderá adia-la até que o tempo e o lugar sejam adequados. Contudo existem situações em que tal não é possível (Stevens, 2011), por exemplo quando ocorre um AVC poderão decorrer alterações nas artérias cerebrais anterior e média (fontes de afluxo para o músculo detrusor) que provocarão a chamada bexiga neurogénica³. Outras situações poderão ocorrer por alterações

³ A bexiga neurogénica caracteriza-se pela hiperatividade do músculo detrusor, pela urgência em urinar e pelas perdas involuntárias de urina (Rocha & Gomes, 2010; Stevens, 2011).

neuroológicas, como hiperreflexia do músculo detrusor da bexiga presente em pessoas com doença de Parkinson.

Ainda no domínio das alterações neurológicas, Coelho (2009) alerta para a disfunção da micção como consequência de alterações neuro-urodinâmicas em doentes com esclerose múltipla. A par das alterações neurológicas também a idade e o género têm influência o processo de micção. Ao longo da vida, além do desenvolvimento normal e das alterações neurológicas que possam ocorrer, diversas são as situações que poderão ter interferência no funcionamento do trato urinário inferior.

Podemos tomar como exemplo a mulher onde à partida a uretra é mais pequena do que no homem, influenciando desta forma a taxa de incontinência (Stevens, 2011). Também o parto que poderá provocar traumatismo temporário ou permanente da anatomia do pavimento pélvico e uretra. Tähtinen *et al.* (2016) na revisão sistemática da literatura que realizaram, estimaram a partir dos quinze estudos selecionados que o risco de IU de stress, é maior após o parto eutócico que em mulheres que efetuaram cesariana.

Troko *et al.* (2016) elaboraram uma revisão sistemática que permitiu identificar vários fatores de risco, como obesidade, aumento da idade e menopausa. O principal objetivo desta revisão era encontrar uma ferramenta que permitisse efetuar a avaliação do risco prospetivo de IU, acrescentando a necessidade da realização de estudos sobre esta temática no intuito de atuar sobre os riscos modificáveis. Desta forma verificamos que a IU surge muitas vezes associada a situações clínicas passadas.

Lorente (2010) sustentado em estudos epidemiológicos, defende que a prevalência de sintomas do trato urinário inferior não tem diferenças no que diz respeito ao género ou raça, contudo, no homem são mais comuns os sintomas relacionados com a micção e nas mulheres os relacionados com a capacidade de armazenamento e retenção da urina. No que diz respeito ao fator idade o autor ancorado nos resultados do BACH Survey⁴ (Lorente, 2010: 479) ilustra uma prevalência de sintomas superior nos homens com idades entre os 60 e 69 anos comparativamente às mulheres, contudo quando ambos se encontram entre os 70-79 anos esta prevalência torna-se semelhante.

Também o estudo efetuado no Brasil por Moreira Jr. *et al.* (2013), revela que a prevalência de sintomas relacionados com o trato urinário inferior aumenta com a idade em

⁴ O estudo foi publicado em 2016, conduzido em Boston com 5506 adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos. Destes, 2301 eram homens e 3205 mulheres num total de 1770 negros, 1877 hispânicos e 1859 brancos. Constituiu um estudo onde se procurou conhecer a prevalência e impacto dos sintomas do trato urinário inferior em homens e mulheres, tendo em conta a raça e a diversidade socioeconómica da população (Kupelian *et al.*, 2006).

ambos os géneros. Existem vários efeitos da idade na função vesical, Stevens (2011) alude ao facto dos idosos apresentarem um aumento das contrações involuntárias do detrusor, conhecidas como bexiga hiperativa, contudo alerta que a IU não deve ser vista como uma ocorrência normal devido à idade.

Nazarko (2012a) ainda a propósito da idade, refere que os problemas de manutenção da continência são mais comuns e severos com o envelhecimento, pois a partir dos 65 anos verifica-se que cerca de 15% da população apresenta risco de IU, aumentando significativamente a partir dos 85 anos, com maior incidência nas mulheres. Quando fala de idosos residentes em lares, refere que entre 43 e 77%, apresentam problemas de continência. O envelhecimento com as modificações que lhe estão associadas aumenta o risco de IU por várias razões:

1. Relacionada com alterações renais, uma vez que os rins se tornam menos eficientes na concentração de urina, na metabolização de drogas e na manutenção do pH, pois entre os 20 e os 80 anos o peso do rim diminui em cerca de 50 g, as alterações, sendo que a maioria das células perdidas são do córtex renal. O fluxo de sangue aos rins também está muitas vezes reduzido devido a alterações cardíacas;
2. A capacidade e sensibilidade da bexiga está reduzida, o tecido fibroso aumenta, a elasticidade diminui e esta começa a conter menos urina. A contractilidade está alterada, o que aumenta a urina residual e o risco de infeção. Tudo isto contribui para a diminuição do tempo entre a sensação de necessidade de urinar e a ocorrência da micção. Logo, os idosos terão menos tempo para procurar uma casa de banho, piorando a situação quando existem dificuldades de mobilização;
3. As alterações uretrais também ocorrem, sendo esta situação frequente nas mulheres devido à diminuição de estrogénio;
4. Nos homens o aumento da próstata também contribui para o aumento da urina residual, diminuição da capacidade da bexiga e incremento do risco de infeção.

Facto é que o envelhecimento, afeta tanto aspetos físicos como psicológicos e os idosos sofrem ainda muitas vezes de doenças crónicas associadas, assim como alterações dos órgãos dos sentidos como a visão, funcionais com dificuldade na mobilidade, vestir, despir, entre outros fatores, o que poderão ter influência no chegar à casa de banho (Kupelian *et al.*, 2006; Lorente, 2010; Stevens, 2011; Nazarko, 2012a; Troko *et al.*, 2016).

A IU afeta muitas pessoas e os idosos com maior incidência, sendo necessária uma avaliação eficaz.

2.2 – Tipologia e avaliação da incontinência urinária

A IU é comum, contudo subdiagnosticada por várias razões, entre as quais a vergonha, uma vez que está subjacente um estigma social e até psicológico, pelo constrangimento subjacente, o que leva a que as pessoas não falem dela. Aqui, o papel dos técnicos é essencial, estando alerta e mostrando disponibilidade para ouvir. O problema associado ao controlo de esfíncter pode ser uma situação antiga, derivado de doença ou de situação incapacitante. No caso dos idosos por exemplo, ela poderá coexistir com várias comorbilidades (Lucas *et al.*, 2014), assunto que aprofundaremos adiante.

O diagnóstico de IU nem sempre é fácil. No que diz respeito à classificação e terminologia, sustentamo-nos na usada pela APU & APNU (2016), Chiarelli, Mackenzie & Osmotherly (2009), Abrams *et al.* (2002), Abrams *et al.* (2005) e Abrams *et al.* (2009).

As definições expostas em seguida (Abrams *et al.*, 2002) foram apresentadas à *International Continence Society* e compatibilizadas com a publicação da Organização Mundial de Saúde sobre a *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Para os autores antes referenciados a IU está inserida dentro dos LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*), considerando *sintoma* como o indicador subjetivo de doença ou alteração das condições percebido pelo doente ou cuidador. São geralmente descritos qualitativamente durante a entrevista que deverá ser efetuada para complementar o diagnóstico. Já os *sinais* são observados pelo médico para verificar os sintomas e quantificá-los. Os mesmos definem IU como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, devendo ser descrita, especificando fatores como: o tipo, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, na higiene e qualidade de vida, medidas de contenção utilizadas e se a pessoa deseja ou não ajuda. A IU deverá ainda ser distinguida da sudorese e corrimento vaginal. Pode assumir várias **tipologias** (Abrams *et al.*, 2002):

- **IU de esforço ou stress** caracterizada por pequenas perdas de urina quando a pessoa faz um esforço como tossir, espirrar, rir, fazer exercício ou pegar em pesos;
- **IU por urgência** frequentemente apresentada como uma vontade súbita e inadiável em urinar, ocorrendo nestas situações a perda de urina;
- **IU mista** que consiste na perda involuntária de urina com a combinação entre a incontinência de esforço e a incontinência de urgência;
- **IU noturna ou enurese** que ocorre durante o sono;
- **IU contínua** quando há queixas de perdas de urina contínuas;

- **IU situacional** tal como o nome indica tem a ver com a situação, como por exemplo durante o ato sexual.

A APU & APNU (2016) expõe ainda:

- **IU por extravasamento** frequente quando a bexiga suporta grandes volumes de urina e ultrapassa a resistência da uretra;
- **IU funcional** surge por incapacidade do doente relacionada com demência ou doença neurológica grave.

Abrams *et al.* (2002) consideram ainda várias tipologias de sintomas relacionados com o trato urinário inferior como os relacionados com as relações sexuais por exemplo a dispareunia, sintomas relacionados com o prolapso dos órgãos pélvicos e dor, sendo esta muitas vezes combinada com outros sintomas classificando-se como síndrome.

Para efetuar o **diagnóstico** de qualquer patologia relacionada com o trato urinário inferior onde se insere a IU é necessário efetuar a monitorização do doente. Para Stevens (2011) é essencial que se perceba se estamos perante uma IU aguda ou crónica. Lucas *et al.* (2014) defendem a história clínica como essencial, incluindo detalhes do tipo, gravidade e histórias das micções associada a outra sintomatologia. Segundo a APU & APNU (2016), Abrams *et al.* (2002) e Abrams *et al.* (2005), o diagnóstico tem início na *história clínica* onde se descrevem as condições de perda de urina, pedindo ao doente que faça o registo de micções, podendo seguir a seguinte estrutura:

- Hora em que ocorrem as micções durante as 24 horas;
- Frequência e volume, contendo a hora e volume das micções durante 24 horas;
- Diário miccional com a frequência, hora e volume de urina, incluir episódios de incontinência, dispositivos de contenção usados (exemplo: pensos), grau de urgência e quantidade de líquidos ingeridos.

Este registo permite avaliar a “frequência” através do número de micções diárias e noturnas com o total das mesmas, e ainda o “volume” de líquidos ingeridos e eliminados nos vários períodos do dia.

É recomendado efetuar o *exame físico* incluindo o exame abdominal, perineal / genital, podendo durante estes procedimentos ocorrer a perda de urina Abrams *et al.* (2002: 1635). O exame vaginal para despiste de prolapso, da musculatura pélvica e retal estão também recomendados. Os autores fazem ainda referência aos estudos urodinâmicos e a APU & APNU (2016) acrescenta as ecografias e análise ao sangue e urina como exames complementares. Já Stevens (2011) salienta que é importante perceber se existe também

incontinência fecal ou outras alterações do trânsito intestinal, doenças crónicas associadas e consumo de medicamentos diuréticos. Alerta também ainda para a importância do conhecimento acerca da perceção não só do doente mas também do cuidador acerca da IU e da forma como esta influência a vida quotidiana.

O aparecimento da IU poderá ter repercussões a vários níveis, em várias AVD e até no próprio autocuidado. Também o ambiente é importante, como por exemplo a acessibilidade à casa de banho, a funcionalidade da pessoa, a ajuda disponível, a existência ou não de cuidador em caso de necessidade, e até o próprio contacto e estabelecimento de relações sociais. O diagnóstico é essencial, integrando o conhecimento dos fatores ambientais, associados aos fatores físicos, psicológicos e sociais, determinantes ao estabelecimento das intervenções a levar a cabo. No caso dos idosos, o confronto com a IU associada a outras comorbilidades e em algumas situações também a uma consequente vulnerabilidade acrescida, a avaliação de todas estas condições é primordial, uma vez que as intervenções poderão ter que ser adaptadas, mobilizando vários profissionais da equipa multidisciplinar.

3 – O corpo envelhecido, vulnerável e incontinente

O corpo emerge como dimensão física, psicológica e social do indivíduo, não sendo possível qualquer interação quotidiana seja verbal ou não verbal sem a simultaneidade biológica, social e também cultural, tantas vezes influenciadora da própria exposição corporal e da estratégia de ação.

Se a estes pressupostos aliarmos a idade, os processos de envelhecimento com vulnerabilidade associada e a própria situação de perdas involuntárias de urina com todas as vivências corporais associadas, certamente integrarão a ordem do debate, as questões fisiológicas associadas ao *corpo físico*, como não poderemos ser alheios às dimensões psicológicas, sociais e até culturais, *corpo social*.

3.1 – Corpo e espaço social

O corpo envelhecido e vulnerável na sua dimensão física, apresenta alterações na interação humana e nas relações sociais que estabelece, podendo tal situação ter repercussões na autoestima e na própria identidade social. Esta vulnerabilidade surge ainda ligada ao conceito de risco pelos fatores associados à probabilidade de adoecer (Spiers, 2005; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008).

Outra perspetiva que podemos associar à IU no idoso é a vulnerabilidade descrita por Rodrigues & Neri (2012) quando encarada enquanto situação ou estágio onde a existência de défice seja de poder, cognição, formação ou educação, recursos, ou outros, a pessoa vê comprometida a sua capacidade de autodeterminação. Desta forma, é recomendada a análise da vulnerabilidade na sua dimensão *física* e individual, associando aspetos físicos, psicológicos e cognitivos, como *social* e *programática* incluindo também as componentes cultural e económica, relacionadas com o acesso a recursos, bens e serviços condicionadores do bem-estar e da saúde. No caso dos mais envelhecidos pelas comorbilidades associadas, o risco de vulnerabilidade nas diferentes dimensões está muitas vezes presente. Relativamente ao caso do idoso com IU, confrontamo-nos com uma problemática de carácter multidimensional, integrando questões físicas, psicológicas, sociais e culturais, onde a

dimensão simbólica do *corpo físico*, surge associada à representação do *corpo social*, por vezes integrando uma existência corporal *vulnerável* que condiciona e é condicionadora das vivências, uma vez que a própria existência é sempre corporal (Le Breton, 2006).

O corpo está relacionado com o poder, no sentido do controlo, da coerção e da disciplina que exerce, mas também que são exercidos sobre ele (Douglas, 1991; Resende, 1999; Ferreira, 2013; Lopes, 2013). Inserido nos vários quotidianos, o corpo medeia relações sociais influenciadas pela história, cultura e políticas que norteiam um código de comportamento adequado e de boas maneiras. O corpo simbolicamente vivenciado deverá ser controlado e disciplinado aproximando-o da “pureza” e afastando-o do “perigo”, tal como descrito por Douglas (1991), do impuro ou anómalo que coloca a pessoa na ordem prática, do ambíguo ou de situação crítica, que deve ser resolvida através de uma integração do fenómeno duvidoso num sistema de classificações culturalmente aceite e reconhecido.

Pela ordem socialmente estabelecida, o corpo deverá ser um recetáculo íntegro, que impeça o sujo e as secreções corporais impuras de aparecer na arena pública, emergindo a higiene em oposição à desordem impura. O corpo físico com os seu processos orgânicos e manifestações associadas, tais como excreções e ruídos, deverão ser contidos para evitar as ditas situações críticas, socialmente reprovadas e que poderão levar à hostilidade e repulsão pelo conflito emergente com a ordem social e culturalmente aceite. Apenas quando o corpo é biologicamente caracterizado com limitações, se faz a integração do fenómeno ambíguo num sistema de classificações culturalmente aceite e reconhecido. Contudo, também nestas situações deverá ser controlado, passando esse controlo pelo afastamento da exposição pública.

Perante os resíduos corporais, Lopes (2013) alega que no caso dos idosos o sujo e o limpo, associado ao flácido, contribui para que a velhice seja vista como mais suja. O caso da IU no idoso remete-nos assim para a necessidade de reflexão em torno das vivências quotidianas, no confronto com um corpo que não é um recetáculo perfeito, na iminência de incidentes manifestados publicamente e que irão certamente interferir com a ordem social imposta. O extravasamento de urina com exposição, poderá ditar a privação do poder sobre o próprio corpo, numa manifestação física socialmente vivida, onde falar de sujo é difícil pois são questões que entram no “domínio do ambíguo, do paradoxal” e às vezes até do “indizível” (*ib.*: 282).

As questões da incontinência, pela sua existência e subnotificação têm preocupado os investigadores nas mais diversas áreas geográficas. Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde de 2014 verificou que 7,3% dos inquiridos referiram IU e à semelhança do apresentado em estudos internacionais esta incidência é maior no género feminino com 9,6% das

inquiridas em relação a aos 4,8% dos inquiridos (INE, 2016). Foley *et al.* (2012) apuraram que em indivíduos com 65 anos ou mais, a prevalência de IU era estimada entre 8-22%. DeMucha, Deguzman & Softa (2013) referem que 51 % das mulheres já tiveram algum momento de incontinência nas suas vidas, contudo apenas 38% falaram com os profissionais de saúde. Esta diferença entre a vivência de situações de incontinência e a procura de ajuda, poderá estar imbuída numa existência cultural, onde a existência corporal é vivida longe do olhar, mas também submersa no silêncio, que encobre vulnerabilidades.

3.2 – A vulnerabilidade e os limites do indizível

Pela sua importância, hoje a IU é abordada nas *dimensões física, psicológica, social, cultural e económica* (Teunissen, Van Den Bosch, Van Weel & Lagro-Janssen, 2006; Brittain & Shaw, 2007; Charalambous & Trantafylidis, 2009; Avery, Braunack-Mayer, Stocks, Taylor & Duggan, 2013; Faria, Menezes, Rodrigues, Ferreira & Bolsas, 2014; Moore & Kelly, 2015). É ainda conhecida por afetar o bem-estar, não só das pessoas que a têm, como das suas famílias e cuidadores (Brittain & Shaw, 2007).

Teunissen *et al.* (2006) aludem também ao facto do impacto ser maior nos homens, embora a prevalência de IU seja maior nas mulheres. Para os homens, o não conseguirem ter o controlo da urina tem maior reflexo nas suas vidas, enquanto as mulheres dão mais importância às medidas adicionais que terão que mobilizar. Neste estudo, cerca de metade dos participantes sentiram-se nervosos, ansiosos, embaraçados os frustrados devido à incontinência, no entanto, o pavor, a raiva e o embaraço foram mais comuns nos homens que nas mulheres. As repercussões *psicológicas* são várias, Avery *et al.* (2013) referem também o silêncio influenciado pelas crenças ou vergonha associadas, numa cultura do temor, de ser percebido como sujo e de colidir com as normas sociais de higiene e do corpo limpo associado à crença que a IU não pode ser tratada ou que é normal pela idade. Já Heintz *et al.* (2013: 299) além do silêncio fazem referência ao estigma associado, podendo estar relacionado com factos históricos, pois no século XIX em Inglaterra, as mulheres com IU eram consideradas contaminadas, sexualmente indesejadas e repulsivas, sendo excluídas dos rituais e eventos sociais.

Nos quotidianos, é um problema invisível que pode tornar-se perceptível apenas pelo número acrescido de vezes que alguém se desloca ao WC, relativamente aos cuidadores também são relatadas situações de criticismo devido à impaciência e urgência associadas à IU,

aumentando as repercussões psicológicas e estigma, associado às microagressões que irão dificultar o envelhecimento bem-sucedido. Estas pessoas são identificadas como sofredoras silenciosas com repercussões na qualidade de vida. Com o passar do tempo a fragilização e a vulnerabilidade são agravadas. No caso dos idosos é um dos fatores de institucionalização, identificado por Wagg *et al.* (2013: 1005) nos estudos levados a cabo na Finlândia, Alemanha, Nova Zelândia e Japão. Também Faria *et al.* (2014) aludem não só à vergonha como à adoção de estratégias várias como a diminuição de ingestão de líquidos em ocasiões específicas para diminuir as idas à casa de banho, quando questionaram estas mulheres encontraram dados que apontavam para uma diminuição no domínio geral de perceção da saúde.

Na metanálise realizada por Avery *et al.* (2013) os autores concluíram que viver com IU tem repercussões psicológicas em vários aspetos que aglutinaram em três dimensões: vivências, formas de controlo e atitudes. Relativamente às vivências destacaram a afetação das relações não só sociais como até íntimas no seio da família, destacando-se aqui os parceiros nomeadamente evitando o contacto sexual. Nos estudos analisados, as mulheres referiram que não se conseguiam sentir atrativas não estando limpas, por outro lado e não obstante esta situação por si só traumatizante, por vezes a falta de intimidade levava a um aumento da tensão em casa e de sentimentos negativos. Os autores verificaram que os constrangimentos também se faziam sentir com a família mais alargada e com os amigos, por não conseguirem falar no assunto e por terem receio de serem descobertos, por exemplo pela ida frequente aos sanitários. Outro fator com consequências psicológicas, prendia-se com a necessidade de restringir a atividade física como por exemplo brincar, correr com uma criança, ter receio de tossir ou espirrar em público, tornando-se uma bola de neve e levando à restrição dos contactos sociais pelo temor da ocorrência de um acidente de perda de urina que poderia ser descoberto.

Tudo isto conduzia a situações de ansiedade, desesperança e até depressão. Também as formas de controlo desencadeavam stresse, referindo a necessidade das saídas de casa serem cuidadosamente planeadas e acompanhadas da adoção de comportamentos específicos, nomeadamente o tipo de roupa a usar para poder camuflar a situação, a utilização de pensos ou outros dispositivos de contenção adequados, verificar se no local onde se deslocavam existia por perto uma casa de banho, evitar a demora como passeios ou saídas longas. De salientar que também os profissionais de saúde foram alvo de referência, pois os participantes consideraram que se sentiam “feridos” quando em situação de internamento não lhes era cedido ou proporcionado o material e medidas de contenção suficientes e adequadas. Alegavam que o comportamento dos profissionais era muitas vezes condicionador da

discussão da situação de IU, muitos não se sentiam capazes de discutir o assunto mas também não estavam contentes com a informação disponibilizada. Relativamente á dimensão atitudes, os autores encontraram vários mitos associados à IU, sendo muitas vezes arrolada enquanto consequência da maternidade e ligada ao processo de envelhecimento, o que levava a um conformismo relativamente ao pedido de ajuda junto dos profissionais. Por outro lado, a atitude poderia influenciar o controlo e vice-versa, situação que agravava quando as pessoas sentiam que estavam a perder o controlo da situação, levando a perdas de autoestima.

No que diz respeito ao impacto *sociocultural e económico*, Teunissen *et al.* (2006) quando estudaram o impacto da IU na qualidade de vida dos idosos, verificaram que várias eram as situações da vida diária a sofrer alterações. Os inquiridos tanto homens como mulheres, referiram que a IU condicionava a atividade física a ida às compras a realização do trabalho doméstico e o trabalho fora de casa, viajar, passear, visitar os amigos e até ser visitado em casa, ir à igreja e realizar voluntariado, tudo isto porque apesar do uso de penso ou fralda de contenção, se sentiam sempre molhados e sujos, com o pavor que as pessoas à volta sentissem o odor a urina. Além disso, o ter sempre que usar roupa adequada à semelhança do encontrado por Avery *et al.* (2013), Charalambous & Trantafylidis (2009), Faria *et al.* (2014), o sair de casa e ter que levar roupa, pensos ou fraldas suplentes e ainda a procura constante de uma casa de banho para se trocar. Tais situações levam ao evitar sair e à programação de rotas de forma a encontrar casas de banho disponíveis. A própria necessidade de usar os dispositivos de contenção é difícil de aceitar e lidar, contribuindo para que as pessoas se isolem.

Por outro lado, existem também os constrangimentos ambientais e *económicos*, evitando como já dissemos, locais onde não têm acesso a sanitários e também os custos associados à roupa, medidas de contenção e higiene adequadas. Avery *et al.* (2013) e Heintz *et al.* (2013) em termos culturais além da dificuldade em falar da situação com profissionais do sexo oposto. Realçam ainda o tabu e o estigma associado ao sujo e impuro, já mencionado por Douglas (1991) e por Le Breton (2006), quando se referiram à vivência em corpos maus e sujos que necessitavam ser controlados, que persiste apesar da evolução da sociedade, reforçado pelas crenças transmitidas de geração em geração.

Quanto às implicações *físicas* Charalambous & Trantafylidis (2009) realçam o risco de infeções na pele, úlceras de decúbito e disfunção sexual já anteriormente mencionada pela ligação a aspetos psicológicos. São ainda queixas frequentes, a irritação na pele causada pela humidade assim como o cheiro. A humidade associada aos danos da pele pode tornar-se um problema pela elevação do PH. A dermatite associada à incontinência surge com eritema

distribuído por uma área difusa, podendo evoluir para máculas e pápulas. Muitas vezes apresenta sinais como eritema, edema, bolhas na região nadegueira, causando dor e desconforto. Poderão ainda ocorrer infeções fúngicas, bacterianas ou alérgicas (Arco *et al.*, 2018).

A restrição da atividade física com implicações ao nível da saúde, trabalho e lazer estão também entre as dimensões apontadas (Charalambous & Trantafylidis, 2009; Avery *et al.*, 2013; Faria *et al.*, 2014; Moore & Kelly, 2015). Também o risco de queda é presente, pois embora não se possa fazer uma associação direta com a IU, aumenta com a dificuldade de mobilização, o “peso” dos dispositivos de contenção quando não trocados atempadamente, o levante noturno sem a luz adequada e/ou associado a estados de sonolência (Zulkowski, 2012; Arco, Costa & Mestrinho, 2017).

A IU tem graves consequências na qualidade de vida, pelo que o diagnóstico e tratamento são importantes. Mesmo quando a continência total não é possível, devem ser adotadas estratégias que melhorem o controlo da mesma. Apesar dos estudos apontarem para um maior impacto e perda de controlo no sexo masculino quando a IU está presente, as mulheres também vivenciam esta realidade com dificuldade. Estas nem sempre referem a situação como grande condicionadora da sua vida, o que provavelmente contribui para as atitudes que desenvolvem de controlo e aceitação, mobilizando mais estratégias, talvez relacionado com o facto de já lidarem ou terem lidado com a menstruação. Por outro lado, não se pode deixar de questionar se a falta de informação e o conformismo estará por detrás desta aceitação, que contribui também para o agravamento silencioso da situação.

De uma forma geral o receio de “não ser capaz de controlar a incontinência” e o “ser forçado a tomar várias medidas” afeta a vida dos idosos que mesmo com as medidas que tomam autonomamente, por vezes são incapazes de controlar a urina, aumentando o receio de ficar molhados, levando ao pavor que alguém veja ou sinta o cheiro, situação bastante limitante. Só o facto de ao sentir urgência em urinar terem que correr para a casa de banho, sob pena de ao retardarem ser demasiado tarde e já não poderem controlar a micção, ou o receio de ter um acesso de tosse, com consequente perda de urina faz com que estas pessoas por vezes se sintam demasiado “velhos”. Apesar de maior parte dos casos ser um problema invisível, torna-se facilmente perceptível como já dissemos, apenas pelo número acrescido de vezes que alguém se desloca aos sanitários. Estas pessoas devido às múltiplas interrupções das atividades sociais, receiam ser criticadas pelos que estão à sua volta o que aumenta o stress. Reduzem os contactos sociais, diminuem a ingestão de líquidos, planeiam ao milímetro as saídas e chegam a isolar-se. Por vergonha, pensar que é uma futilidade ou consequência da

idade, a falta de conhecimentos e o estigma levam a que não peçam ajuda. As pequenas desaprovações sociais irão ainda influenciar a forma como a pessoa se vê e também impedir o envelhecimento ativo e bem-sucedido. No intuito de ilustrar e sintetizar os efeitos da IU nas várias dimensões, elaborámos a ilustração seguinte (Figura n.º 1).

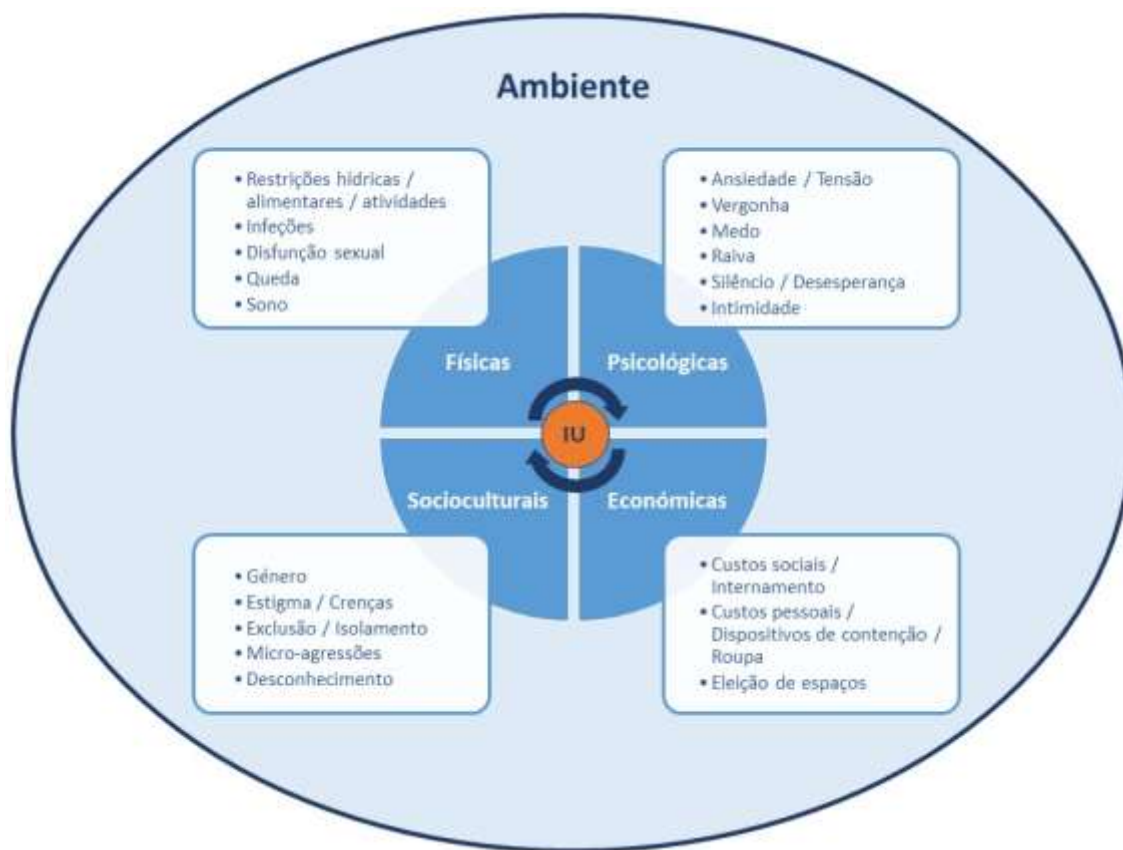


Figura n.º 1 – Implicações da IU

A IU é muitas vezes um problema negligenciado até pelos diferentes prestadores de cuidados, inclusive pela enfermagem, porque os utentes não lho reportam, contribui para que este permaneça não detetado e não tratado. Heintz *et al.* (2013) referem que a enfermagem tem aqui um papel preponderante que deverá ser proactivo no controlo e assistência consoante as condições da pessoa. Não devemos esquecer também que a IU é muitas vezes associada ao internamento precoce em lares, a este propósito Morrison & Levy (2006), afirmam que as admissões atribuíveis à IU são elevadas, sendo necessária a aposta em tratamentos na comunidade no intuito de prevenir ou atrasar a institucionalização, compensando ainda desta forma alguns custos económicos. Aqui acrescentaríamos o papel importante que têm as Unidades de Convalescença e Reabilitação na transição do utente para a comunidade.

4 – A promoção do autocuidado no idoso com incontinência urinária

4.1 – Autocuidado e défice de autocuidado: Contribuições teóricas

A enfermagem embora não tenha como solução para todos os males a adoção de um referencial teórico, reconhece o contributo enquanto sustentabilidade que norteia a observação no sentido de permitir contemplar, questionar e organizar não só a prática de cuidados como a formação e a investigação. Face á complexidade das intervenções pelas quais os enfermeiros são responsáveis, muitas vezes é necessária a mobilização de vários modelos e teorias no intuito de melhor orientar as mesmas.

Nos capítulos anteriores ao caracterizar a IU verificámos o cruzamento entre as dimensões de saúde / doença, de cuidados, pessoa e ambiente que coexistiam nos quotidianos. Considerando a IU e a necessidade de promover a reabilitação atuando no *défice de autocuidado* e promovendo o *autocuidado*, desde logo considerarmos este o conceito nuclear. Pensar cientificamente esta prática de enfermagem incorrerá certamente na análise e compreensão dos conceitos e teorias e na forma como estes se interrelacionam com a prática assistencial. Por outro o conhecimento teórico atua como um guia sistemático mobilizando o pensamento crítico que orienta a tomada de decisão sustentada, eficaz não só na prática de cuidados como na formação e na investigação (Alligood & Tomey, 2011; Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Iniciamos a reflexão em torno do conceito de *autocuidado*, considerando ainda devido à situação aqui em estudo o *défice de autocuidado*, até porque segundo Vitor, Lopes & Araujo (2010) a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem por conter elementos considerados fundamentais para a assistência, é uma das teorias mais citadas. Foi desenvolvida na década de 50, constitui uma teoria geral de enfermagem que segundo Berbiglia & Banfield (2011: 272), tem subjacente, cinco pressupostos:

1. Os seres humanos necessitam de estímulos contínuos, quer próprios quer do meio onde estão inseridos para operar e sobreviver;
2. A atividade humana acompanhada pelo poder de atuação deliberada é exercitada sob a forma de cuidado de si próprio ou de outros, no intuito de identificar as necessidades e promover os estímulos necessários;

3. Os seres humanos adultos por vezes sofrem de privações devido a limitações da ação que têm implicações no cuidado de si e de outros;
4. A atividade humana exercita-se através da descoberta, desenvolvimento e da transmissão de formas e meios que permitem a identificação das necessidades, bem como a criação de estímulos para o próprio e para os outros;
5. Os grupos de seres humanos com relações estruturadas juntam as tarefas e partilham as responsabilidades no intuito de oferecer os cuidados necessários aos membros do grupo que têm privações, para desta forma poderem oferecer os estímulos apropriados.

Perante tais pressupostos é apresentada uma teoria geral, pormenorizada e minuciosa composta por três teorias que se inter-relacionam entre si (Orem, 2001: 141):

1. Teoria do Autocuidado;
2. Teoria do Défice de Autocuidado;
3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A primeira, **Teoria do Autocuidado**, descreve como e porque as pessoas cuidam de si mesmas, comporta em si o *autocuidado*, *cuidado dependente* e os *requisitos do autocuidado*. O autocuidado constitui uma função ou prática humana que cada um desempenha por si ou que alguém efetua em substituição, com vista a manutenção da vida, ao funcionamento saudável e a um desenvolvimento de bem-estar. Para a autora o autocuidado seria aprendido e aprimorado ao longo do crescimento e da socialização, já o cuidado dependente consiste naquele que é disponibilizado quando a pessoa quer seja por fatores intrínsecos como a idade ou outros como de saúde, não é capaz de os desenvolver para manter a vida de forma saudável e promover o seu próprio bem-estar. Este cuidado pode ser um cuidado especializado, sempre que é prestado por agentes com conhecimentos específicos como é por exemplo o caso da enfermagem. Já os requisitos de autocuidado são universais porque englobam um conjunto de ações necessárias á manutenção e desenvolvimento do ser humano, representando os objetivos formalizados para o autocuidado. Podem ser requisitos:

1. Universais;
2. De desenvolvimento;
3. De desvio de saúde.

Os primeiros comportam a satisfação das necessidades básicas como a manutenção da ingestão suficiente de ar, água e alimentos, a provisão associada aos cuidados de eliminação, o equilíbrio entre atividade e repouso, socialização e afastamento, precaver os perigos para a vida e bem-estar e promoção do desenvolvimento humano no seio do grupo

social de acordo com o seu potencial. Os recursos de desenvolvimento incluem as condições que promovem o desenvolvimento e autodesenvolvimento e prevenir as condições que podem interferir com o mesmo. Já os requisitos de autocuidado de desvio da saúde são dirigidos às pessoas que estão doentes, com lesões, situações patológicas ou de incapacidade, em situação de diagnóstico ou tratamento médico. Nestes desvios de saúde, a temporalidade dos mesmos e as mudanças que ocorrem, vão ditar as necessidades, a complexidade do autocuidado e do cuidado dependente que deverão ser cobertas nos prazos de tempo determinados (Sánchez-Rueda, 1999; Berbiglia & Banfield, 2011).

A **Teoria do Défice de Autocuidado** está diretamente associada às limitações da ação com a saúde ou cuidados de saúde. Sempre que as pessoas não conseguem efetuar por si o autocuidado, quando a necessidade é superior à capacidade do indivíduo para o promover ou o cuidado aos seus dependentes, surge o défice de autocuidado. Este défice quando apresentado através da limitação da ação para a atividade terapêutica, mune os profissionais de informações que promovem a identificação das intervenções a desenvolver. A este respeito Queirós *et al.* (2014) aludem que ao longo dos processos de transição as pessoas podem oscilar nas necessidades de autocuidado. Desta forma, também as atividades de enfermagem deverão tal como referido por Berbiglia & Banfield (2011) ser realizadas a partir dos juízos sobre as condições existentes, para poderem ser desenvolvidas. O objetivo será sempre a recuperação da capacidade de autocuidado no intuito de restaurar a saúde e o bem-estar, promovidas dentro de um sistema que engloba sequências de ação de enfermagem. Nesta sequência e uma vez que as teorias se interligam entre si, surge a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** que, alude aos sistemas de ação desenhados e produzidos por enfermeiros para satisfazer os desvios e défices de autocuidado de pessoas com limitações ligadas aos diferentes requisitos. Estes sistemas podem ser dirigidos à pessoa, à pessoa em situação de dependência, a grupos com necessidades terapêuticas de autocuidado, à família ou grupos multidisciplinares.

Orem (2001: 351), refere que os enfermeiros devem usar métodos de ajuda ao longo do processo, necessitando a estrutura básica para esse sistema de enfermagem de uma identificação. Assim, reconheceu três variações básicas nos sistemas de enfermagem:

1. Sistema totalmente compensatório;
2. Sistema parcialmente compensatório;
3. Sistema educativo de apoio.

No sistema totalmente compensatório a pessoa necessita que a totalidade dos

cuidados sejam efetuados pelo enfermeiro, desta forma este realiza o autocuidado terapêutico junto do doente compensando a incapacidade deste na realização do autocuidado, apoiando e protegendo. No sistema parcialmente compensatório as atividades de autocuidado são compartilhadas e / ou distribuídas entre o doente e o enfermeiro. O enfermeiro executa algumas atividades de autocuidado junto do doente compensando as limitações com a ajuda necessária. Neste caso o doente também tem um papel ativo na execução autónoma ou participação em algumas ações de autocuidado bem como na regulação do processo. No sistema educativo a pessoa pode e consegue realizar o autocuidado, mas necessita de apoio e ou supervisão por parte do enfermeiro no desenvolvimento do mesmo. Este apoio educativo pode ainda ser desenvolvido junto dos cuidadores.

Vários são os fatores que poderão interferir no autocuidado, como a idade, o sexo, o estágio de desenvolvimento e de saúde, a forma de vida, fatores sanitários, do próprio sistema familiar, socioculturais, a disponibilidade de recursos e fatores ambientais. Ao consultar os trabalhos de Orem (2001) e Berbiglia & Banfield (2011), verificamos que a ajuda e os cuidados de enfermagem englobam uma série de ações que poderão ser desempenhadas no sentido de ultrapassar ou compensar as limitações. Para tal são selecionados e mobilizando métodos que são dirigidos às necessidades apresentadas de acordo com o seu estado de saúde. Assim a enfermagem irá:

1. Atuar substituindo;
2. Guiar e dirigir;
3. Oferecer apoio físico e psicológico;
4. Oferecer e manter um ambiente que fomenta o desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar.

Qualquer metodologia a desenvolver neste sistema de ação deverá ter como objetivos a promoção da saúde e do bem-estar, estes poderão ser desenvolvidos em presença física pelo enfermeiro ou estando contactável, tudo dependerá da avaliação efetuada ao longo do processo. De referir que a mesma pessoa / doente poderá ao longo do tempo evoluir no autocuidado, pois todos os adultos são considerados capazes de se autocuidarem, contudo, muitas vezes devido a vários fatores, a necessidade é maior que a capacidade. Nestes casos, a enfermagem atua para compensar o desequilíbrio existente, começando por vezes no sistema completamente compensatório, passando para o parcialmente compensatório e depois para o apoio educativo.

Vitor *et al.* (2010) afirmam que a incapacidade de promover o autocuidado pode

ocorrer devido a fatores extrínsecos como por exemplo a doença, ou intrínsecos como a idade. No caso aqui em estudo, a IU, encontra-se inserida dentro dos requisitos universais do autocuidado, associado aos processos de eliminação, bem como aos requisitos de desenvolvimento e de desvio da saúde. Pelo exposto no capítulo anterior, sabemos que a IU tem implicações / interfere com outros sistemas como a alimentação e hidratação (muitas vezes os doentes restringem certos alimentos e a ingestão de água), interfere ainda com o descanso (pela necessidade de se levantarem várias vezes durante a noite para urinar no intuito de prevenir incidentes), afeta as relações sociais e familiares (pelo isolamento a que muitas vezes se sujeitam). Tudo isto tem repercussões no autodesenvolvimento das pessoas com IU, causando transtornos físicos e psicológicos, agravados pelas incapacidades resultantes das condições de doença e que lhe estão por vezes associadas.

Por tudo isto a IU poderá requerer cuidados de enfermagem, que atravessam os três sistemas, de acordo com o estágio de doença e as limitações, com vista à reabilitação, à reeducação do idoso e da família e / ou cuidador numa perspetiva de promoção do autocuidado, onde se cruzam os cuidados de enfermagem prestados num sistema completamente ou parcialmente compensatórios e de ensino. Mais recentemente também Sidani (2011), ao trabalhar o conceito de autocuidado referiu a sua importância, pois tornou-se uma dimensão essencial no domínio da intervenção em todo o contínuo de cuidados, desde os cuidados de saúde primários, agudos, de reabilitação e até dos de longa duração, o que vem reforçar a nossa decisão de ancoragem ao conceito.

Reforçamos ainda que Orem (2001) ao definir o autocuidado chama a atenção para os cuidados enquanto comportamentos aprendidos dentro de um contexto sociocultural, logo no caso da IU e face ao exposto este facto deverá ser tido em consideração sempre que se desenhe qualquer intervenção. Por outro lado, apesar de considerarmos a Teoria do Défice de Autocuidado como ancoragem, não podemos descurar que, no que diz respeito à problemática aqui em debate, a IU presente em idosos em situação de convalescença, o *cuidado cultural* bem como a *transição* estão também eles presentes, porque no horizonte do cuidar estará a pessoa e o seu corpo em evolução com unicidades socioculturais particulares. Desta forma, referimos que outras abordagens teóricas em enfermagem poderão coexistir na análise a efetuar.

Tendo em conta que nos quotidianos do cuidado existe o corpo com as suas singularidades socioculturais associadas, não podemos deixar de considerar a perspetiva cultural avançada por Leininger (1997, 2006). Para a autora o ser humano é singular, com modos de vida, características e crenças próprias, onde a idade, a raça, estatuto social e a

inserção familiar não podem ser descurados. O cuidado de enfermagem ao ser construído tem em conta a cultura, os valores da pessoa, família e comunidade para poder melhorar a forma de vida. Por outro lado, a saúde não pode ser dissociada do ambiente, da visão do mundo da pessoa e dos hábitos de vida, assim como do contexto ambiental. Para a teoria da cultura este, engloba a visão do mundo, a estrutura social, as normas e os modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos. Aqui prevalece subjacente a necessidade de avaliar culturalmente o cuidado de enfermagem, estimulando profundamente as diversas formas de agir no sentido de desenvolver intervenções congruentes com a cultura das pessoas alvo de cuidados. Logo a enfermeira deverá então atuar *com* o outro na assistência às suas necessidades.

Tendo em conta os diversos tipos de IU já classificados neste trabalho e as diferentes patologias que por vezes estão subjacentes ou associadas, consideramos que nos processos de reabilitação os idosos ao atravessarem o sistema de cuidados, passam por *transições* nomeadamente transições de saúde, conceito abordado por Meleis *et al.* (2000) e Im (2011). As autoras aludem por isso à necessidade de estarmos atentos às crenças e atitudes culturais enquanto estigmas unidos e que influenciam as experiências de transição, bem como aos fatores socioeconómicos e à própria educação, preparação antecipada, condições comunitárias e sociais.

Sumariando, o cuidado proporcionado às pessoas deverá ser sempre dirigido às suas necessidades, tendo em conta as dimensões física, psicológica, social, cultural, económica e ambiental. Como tal, verificamos que os diferentes autores consultados, não apresentam perspetivas contraditórias sobre o *cuidar em enfermagem*, pelo contrário, complementam-se. Face à temática abordada neste trabalho, apesar de termos no horizonte as perspetivas teóricas de Meleis e Leininger, tomamos por empréstimo enquanto ancoragem principal para sustentação teórica da nossa pesquisa a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem. Tal opção deve-se ao facto de considerarmos à semelhança do referido por Sánchez-Rueda (1999), Berbiglia & Banfield (2011), Queirós *et al.* (2014) que esta teoria pode ser apropriada por várias áreas da enfermagem que vão desde a prestação de cuidados à investigação, permitindo compreender a pessoa e as interações com o ambiente, bem como os impactos deste. Possibilita ainda o planeamento e a definição de intervenções em enfermagem com vista à sua promoção e ao bem-estar, através da elaboração de métodos de análise e auxílio mediados por ações voltadas para o agir para e / ou com as pessoas, provendo, conduzindo, orientando e ensinando através de apoio físico e psicológico, tendo em conta as condições ambientais e socioculturais, com vista ainda ao autocuidado e o desenvolvimento pessoal.

4.2 – Intervenções de enfermagem e a importância da multidisciplinaridade no cuidar

Os sistemas de ação no sentido das práticas que protagonizam, são produzidos pelos enfermeiros para satisfazer os desvios e défices de autocuidado de pessoas com limitações. A relevância destes sistemas de ação centra-se na individualização, sendo que o cuidado centrado na pessoa, se reveste de um benefício tangível, tendo em conta as alterações observadas no suporte e nas condições de funcionamento do utente em situação de doença. Tais estados influenciam o autocuidado nas dimensões, tipologia e dinamismo das ações, no perfil e práticas dos membros envolvidos, estando implicados tanto aquele que é cuidado como o cuidador, sejam estes formais ou informais⁵.

Quando falamos de cuidados ao idoso esta prática de cuidado centrado na pessoa, assume particular destaque enquanto tema recorrente, tal como alude McCormack (2004), apesar de ainda existir um défice de investigação na área. Para que este cuidado possa ser centrado na pessoa, há que conhecê-la, perceber a centralidade do seu sistema de valores, crenças e expetativas, a sua biografia e as relações que estabelece, sendo necessário conseguir observar para além das necessidades imediatas, através do estabelecimento de uma inter-relação utente / enfermeiro. Acrescentaríamos ainda a relevância do conhecimento acerca do meio onde está inserida.

Como já foi exposto, a IU provoca desconforto e vergonha por esse motivo é frequentemente acompanhada por sentimentos de insegurança e incerteza, percecionada até como uma situação de risco se tivermos em conta o sistema de valores da pessoa e a ameaça no decurso da interação social. Logo é primordial a promoção do autocuidado, sendo este sempre centrado nas necessidades diagnosticadas. Contudo, apesar da investigação já desenvolvida em torno das implicações físicas, psicológicas, sociais e económicas da IU, esta é ainda uma área por vezes negligenciada quando aludimos aos cuidados de enfermagem (Nazarko, 2012b; Regat-Bikoï, Vuagnat & Morin, 2013; Baadjies, Karrouze, & Rajpaul, 2014; Reid, 2014; Artero-López, Márquez-Hernández, Estevez-Morales & Granados-Gámez,

⁵ Segundo o Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Instituto da Segurança Social, 2018: 6), “cuidador” é a pessoa que assiste o doente. Na literatura, o “cuidador” é diferenciado entre formal e informal, sendo o cuidador formal aquele que presta cuidados de saúde em função da sua profissão e competências. Já o cuidador informal é aquele que presta cuidados e assiste o outro sem remuneração, é geralmente um familiar próximo ou há subjacente uma ligação através de laços afetivos. Em Portugal desde 2016, através da Resolução da Assembleia da República n.º 129/2016, foi recomendado ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal (Assembleia da República, 2016: 2293).

2018). Isto porque a IU não é reportada ou muitas vezes é ofuscada por outras situações consideradas mais proeminentes ou urgentes. Os trabalhos desenvolvidos referem que apesar da maior parte dos enfermeiros estar desperto para o impacto negativo da IU, a assistência é muitas vezes insuficiente, talvez por desconhecimento estando relacionado ainda com a experiência profissional. Reid (2014) sugere que tal poderá estar relacionado com a falta de conhecimentos e compreensão acerca das causas da incontinência e dos benefícios das intervenções de enfermagem bem dirigidas. Já Baadjies *et al.* (2014) dizem que muitas vezes a prática de cuidados é ritualista e não baseada na evidência, principalmente quando os utentes são assistidos com medidas de contenção como as fraldas e pensos sem a assistência adequada ao nível dos cuidados à pele, aumentando desta forma o risco de Dermatite Associada à Incontinência. Adianta ainda que é um problema antigo, já antes diagnosticado no Reino Unido.

Tais conclusões são também corroboradas no estudo desenvolvido em França por Regat-Bikoï *et al.* (2013), quando questionaram se a IU em idosos era uma prioridade para os enfermeiros. Sustentados na pergunta, desenvolveram um estudo observacional em contexto de um hospital universitário com doentes idosos internados na ala geriátrica. O estudo avaliou a presença de IU no diagnóstico e intervenções de enfermagem registadas nos processos dos utentes. Os resultados apontaram para uma prevalência de IU de 72%, correlacionada positivamente com um baixo score obtido na escala de funcionalidade (Medida de Independência Funcional), verificou-se ainda que estes utentes estavam referenciados aguardando colocação. O diagnóstico de enfermagem da IU estava presente em apenas 1,4% dos casos e as intervenções de enfermagem estavam prescritas em 54%, a grande maioria destas intervenções eram paliativas e não preventivas ou curativas. Concluíram que apesar da prevalência tendo em conta os registos efetuados, do desconforto que esta provoca e da influência no declínio funcional, a IU não tinha a atenção suficiente por parte dos enfermeiros, devendo as organizações apoiar os profissionais no sentido de promoverem não só a continência mas de uma forma geral a qualidade dos cuidados. Também Artero-López *et al.* (2018) encontraram inércia nos cuidados de enfermagem relacionados com a gestão da incontinência urinária, tendo sido estabelecida relação com a experiência profissional.

Tendo em conta os dados e relatos apresentados, é também consensual a necessidade de intervenção nesta área, nomeadamente a intervenção de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar nos vários níveis de cuidados. Podemos tomar como exemplo Rocha & Redol (2016) que realçam o papel do enfermeiro especialista em reabilitação, alegando que

a prestação de cuidados a pessoas com alterações do padrão de eliminação constitui uma prioridade em termos de cuidados, trazendo bons resultados. Regat-Bikoï *et al.* (2013) aludem à intervenção em contexto de internamento hospitalar, Stevens (2011) realça esta necessidade, alegando que as intervenções comportamentais poderão ser eficazes até em residentes internados em unidades de longa duração. Já Herrera (2007) e Nazarko (2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017) fazem referência à importância do papel do enfermeiro na assistência ao utente e cuidador em contexto comunitário. Esta interveniência é igualmente destaque pela WOCN (WOCN Continence Committee 2008-2009 *et al.*, 2009) e pelo *International Consultation on Incontinence* (Abrams *et al.*, 2013).

As intervenções são recomendadas ao nível *farmacológico* a *cirúrgico* e *comportamental*, devendo ser baseadas na evidência, englobar em alguns casos as várias componentes ou tipologias, interdisciplinares e centradas na pessoa. Iniciemos pelo tratamento *farmacológico*, geralmente são usados medicamentos que poderão ser classificados em dois grupos, um primeiro atuando ao nível da sintomatologia durante a fase de armazenamento da urina, isto é, ao nível da hiperatividade do detrusor, chamados anticolinérgicos e antiespasmódicos (exemplo: oxibutinina, flavoxato e darifenacina), cujo objetivo é relaxar a bexiga e aumentar a sua capacidade de armazenamento, diminuindo desta forma a frequência das micções, quando existe hipoatividade do músculo são utilizados antagonistas colinérgicos que aumentam a contratilidade do detrusor e promovem um esvaziamento mais eficaz. O segundo grupo atuante sobre os sintomas relacionados com a micção onde a IU resulta da insuficiência do esfíncter uretral (exemplo: antagonistas alfa adrenérgicos e a terapêutica de suplementação estrogénica). Os bloqueadores alfa adrenérgicos, atuam ao nível da diminuição da resistência uretral promovendo o decréscimo do volume residual pós-micção. Quando existe IU de stresse ou esforço, são utilizados os antagonistas alfa adrenérgicos como a tansulosina, estimulante da musculatura lisa da uretra, contribuindo para o aumento da resistência à saída de urina. A associação de terapias distintas é por vezes comum, principalmente em pessoas com sintomatologia neuro-urológica, devemos ainda ter em atenção que a prescrição depende sempre do médico, sendo importante a vigilância terapêutica por parte dos enfermeiros.

O tratamento *cirúrgico* apenas será ponderado após uma minuciosa avaliação clínica (Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2016). Dever-se-á ainda ter em conta o impacto que irá ter na qualidade de vida da pessoa. A eleição da tipologia de cirurgia a efetuar, depende sempre do objetivo, sendo as que envolvem a uretra e colo da bexiga são dirigidas para o aumento da

resistência á saída, está indicada quando existe algum controlo da atividade do músculo detrusor. Porém será necessário que a pessoa apresente a uretra e colo da bexiga em bom estado. O envolvimento da bexiga por músculo estriado para que se possa estimular eletricamente, o aumento da bexiga ou miotomia do detrusor, visa diminuir a hiperatividade deste, estão indicados quando os processos menos invasivos não tenham sido eficazes. Stevens⁶ (2011) reúne em síntese, exemplos de diferentes tipos de incontinência, cruzando com a causa e tratamento indicado. Dentro dos procedimentos cirúrgicos podemos ainda incluir as urostomias, podendo estas ser derivações continentes, incontinentes ou reversíveis. No que se refere aos idosos com fragilidades, Wagg *et al.* (2013: 1049) mencionam que procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos poderão ser úteis. No entanto, realçam que deverão sempre ser tidos em conta vários fatores como por exemplo o impacto e prejuízos a nível funcional devendo a alta ser bem programada, prevendo a reabilitação. Todas as necessidades devem ser muito bem avaliadas e trabalhadas em qualquer planeamento cirúrgico que envolva idosos frágeis.

As intervenções *comportamentais* são geralmente as de primeira eleição no tratamento da pessoa com IU, são aquelas onde o enfermeiro tem um papel mais ativo, seja de forma independente muitas vezes protagonizadas pelo enfermeiro especialista em reabilitação, ou interdependentes levadas a cabo em articulação com a equipa interdisciplinar como o médico, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional entre outros. São uma opção importante pela eficácia em muitos casos e também porque não têm efeitos colaterais identificados e porque não limitam outras opções coadjuvantes ou futuras. Toda e qualquer intervenção deverá mobilizar a equipa interdisciplinar, o utente, e se for o caso, o cuidador.

Ao longo das últimas décadas, e em diversos pontos do globo, vários foram os trabalhos desenvolvidos por diferentes técnicos incluindo enfermeiros que visam a identificação das melhores práticas que corporizem as intervenções comportamentais com vista à promoção da continência urinária, entre os quais destacamos como exemplo os mais recentes como os da WOCN (WOCN Continence Committee 2008-2009 *et al.*, 2009), Stevens (2011), Nazarko (2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017), *International Consultation on Incontinence*, nomeadamente Abrams *et al.* (2013), Wagg *et al.* (2013), Reid (2014), Woodward (2014), Imamura, Williams, Wells & McGrother (2015), Rocha & Redol (2016), French *et al.* (2017) e Nyman, Forsman, Ostaszkievicz, Hommel & Eldh (2017).

⁶ Para aprofundamento destas questões, ver Stevens (2011: 378) onde aludem à IU de Esforço, Urgência e Refluxo, cruzando em quadro exemplificativo as diferentes tipologias de IU, as causas e o tratamento indicado.

As intervenções comportamentais estão também elas por vezes associadas a técnicas mais específicas englobando a terapia comportamental propriamente dita, exercícios do pavimento pélvico por vezes coadjuvados por *biofeedback*, retenção de cones vaginais ou estimulação elétrica. Por outro lado, com a emergência das Terapias não Convencionais, esta poderá ser também uma área de recurso. O leque é diversificado, contudo é sempre essencial avaliar e gerir o processo de eliminação tendo em conta as preferências individuais e integrando os aspetos clínicos mais eficazes. Em toda e qualquer intervenção será sempre necessário o consentimento da pessoa, sendo esta devida e previamente informada e esclarecida dos procedimentos a efetuar e do processo de cuidados a seguir, que inclui o *diagnóstico, intervenção e acompanhamento / referência*.

Em primeiro lugar será necessário realizar um diagnóstico adequado que geralmente é efetuado envolvendo vários membros da equipa multidisciplinar. Stevens (2011)⁷ propõe um algoritmo de decisão, Woodward (2014)⁸ e Reid (2014) referem alguns sintomas que devem ser observados. Independentemente da situação, em qualquer *diagnóstico* será essencial identificar a natureza e extensão do problema, por forma a obter a informação necessária que permita posteriormente a execução do plano de cuidados:

1. Poder-se-á começar por identificar e diferenciar a sintomatologia, apurando se se tratam de sintomas relacionados com o armazenamento da urina (número de micções diárias, superiores a oito vezes, nictúria, urgência e incontinência), com a micção (fluxo lento ou intermitente, esforço acrescido para urinar) ou pós micção (sensação de esvaziamento incompleto ou perda involuntária de urina logo após micção). Outro fator importante e que poderá ser determinado em equipa é a identificação da tipologia de IU (stress, urgência, mista, retenção, continua). Existem instrumentos que poderão ser mobilizados (Donovan & Bosch, 2002; Naughton *et al.*, 2004; Schröder *et al.*, 2009; Pereira, Santos, Correia & Driusso, 2011).
2. Em seguida é relevante colher dados relativos à história clínica, incluindo doenças crónicas, cirurgias efetuadas e dos sintomas de IU. No caso da mulher a história obstétrica é também relevante; dever-se-á perceber quais medicamentos que está a tomar e os fluidos que ingere (tipo, quantidade, horário), hábitos de eliminação; a capacidade cognitiva sendo tal extremamente importante na manutenção da

⁷ Stevens (2011: 369) propõe um algoritmo de decisão sustentado na classificação das intervenções de enfermagem associadas à IU, salientando a importância da sua aplicação nos quotidianos de trabalho.

⁸ Woodward (2014: 26-28) aborda os sintomas a serem observados e a tipologia de IU, elementos essenciais de registo e apresenta algumas questões facilitadoras de conversa que poderão ser colocadas à pessoa. Reid (2014: 22) desenvolve questões que deverão ser colocadas no início do processo.

continência; a capacidade funcional, nomeadamente mobilização e destreza; efetuar o exame físico e efetuar o despiste de possíveis infeções urinárias.

Após o diagnóstico, deverá ser efetuado o plano de *intervenção acompanhamento / referenciação*.

Vários fatores deverão ser atendidos quando iniciamos o plano de intervenção para a promoção da continência ou de cuidados na incontinência, pois estes irão certamente interferir nas ações a levar a cabo. A enfermagem tem aqui um papel muito importante ao nível do cuidado holístico (Nazarko, 2017; Spencer *et al.*, 2017), devendo ter em conta: o diagnóstico efetuado ao nível das condições físicas e psicológicas da pessoa, as condições ambientais existentes, nomeadamente o acesso a casas de banho e segurança das mesmas, dispositivos de contenção e ainda as possibilidades de cuidados disponíveis, especialmente ao nível dos cuidadores em casos mais específicos. Deverá também ter em conta a mobilização / articulação com a equipa multidisciplinar e os recursos para referenciação.

As intervenções ocorrem muitas vezes num plano gradual e temporal, iniciando-se pelas que requerem um envolvimento passivo da pessoa (muitas vezes dependente) e progredindo para uma participação mais ativa, isto é, progredimos do autocuidado promovido de um sistema total ou parcialmente compensatório, para um autocuidado de apoio e ensino. Incluímos aqui os cuidados na eliminação que vão desde os horários de esvaziamento e treino de hábitos ao treino vesical (Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2016).

O horário de “esvaziamento ou eliminação” (envolvimento mais passivo do utente) consiste na promoção da eliminação com horário fixo, por exemplo de duas em duas horas. É usado em utentes com alterações cognitivas, mas requer a presença de um cuidador dedicado e atento. O “treino de hábitos” sustenta-se na avaliação do padrão individual de eliminação (é necessário efetuar a avaliação através da construção de um diário, preenchido durante 3 dias onde se anota a frequência, volume e hora de eliminação, bem como a quantidade e tipo de líquidos ingeridos durante as vinte e quatro horas), tal registo, ajuda a determinar o padrão de esvaziamento e os episódios de incontinência, assim como os fluidos ingeridos. O mesmo auxilia a estabelecimento do plano de treino, através da instrução do utente ou cuidador (que tem aqui um papel muito importante e influenciador do sucesso), facilitando a micção de acordo com os horários adotados para que a pessoa consiga reduzir os episódios de incontinência. Segundo Stevens (2011), existe evidência que idosos institucionalizados e com alterações cognitivas costumam responder bem a esta intervenção. A mesma comporta três componentes, a monitorização (abordagem da pessoa pelo cuidador relativa à necessidade de

urinar), pontualidade (solicitar à pessoa que urine) e felicitação (reforço positivo pela manutenção da continência).

Já o “treino vesical” constitui a evolução do programa anterior, quando a pessoa está continente, é por vezes designado por recondicionamento vesical e inclui técnicas de relaxamento e distração para resistir à vontade de urinar. É muito usado na IU de urgência e mista e em alguns casos no pós AVC. Diminui a frequência, aumenta a capacidade da bexiga e o controlo de esfíncter promovendo a chamada continência social. Esta intervenção comporta três componentes, o ensino à pessoa, estabelecimento do horário de micção com intervalo de 2-3 horas e aumento progressivo, mobilizando técnicas de inibição. Tais intervenções são muitas vezes conduzidas pelos enfermeiros e fisioterapeutas. Por fim deverá sempre existir o reforço positivo no sentido de encorajar o progresso do utente. As técnicas avançadas para reabilitação da musculatura pélvica são sempre levadas a cabo em cooperação com a equipa multidisciplinar, poderão ir desde os exercícios de Kegel, até à integração de técnicas e dispositivos como o *biofeedback* e cones vaginais.

Para promover a continência será também essencial promover o autocuidado de ensino abrangendo várias áreas, ao nível da ingestão de líquidos, evitando os irritantes vesicais como por exemplo o café, mas incentivando a hidratação, parando a ingestão duas horas antes de ir para a cama para prevenir a enurese. Inclui o evitar alimentos obstipantes e o excesso de peso, realizar exercício físico e fortalecer a musculatura pélvica, não descuidando a realização de higiene pessoal adequada.

Há ainda casos pela impossibilidade de recuperação, onde a continência social tem que ser promovida através do recurso a absorventes como fraldas ou pensos e até dispositivos urinários com saco coletor. Também aqui o ensino e vigilância são essenciais para prevenir complicações tais como as DAI e a infeção. A algaliação é outra técnica por vezes utilizada, seja intermitente ou continua. Nestes casos a insuficiente informação das pessoas que a executam constitui um risco acrescido.

Não poderemos ainda deixar de salientar o caso dos idosos frágeis, muitas vezes com patologias crónicas ou súbitas associadas (Nazarko, 2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017; Abrams *et al.*, 2013; Wagg *et al.*, 2013; Reid, 2014), nestes casos dever-se-á ter em atenção as necessidades dos utentes e também dos seus cuidadores, não descuidando o aspeto económico, mobilizando os apoios necessários. A abordagem multidimensional é primordial, Valença, Albuquerque, Rocha & Aguiar (2016) na revisão integrativa que realizaram sobre os cuidados de enfermagem na IU, sintetizam os seus achados em quatro categorias (educação em saúde,

suporte psicoemocional, tratamento comportamental e sistematização da assistência de enfermagem), indo muitas das intervenções ao encontro do já encontrado por Imamura *et al.* (2015) entre outros, o que reforça a necessidade do enfermeiro intervir em várias frentes, em articulação com outros técnicos, respeitando culturas e integrando o cuidador sempre que necessário.

Em jeito de síntese e face ao exposto durante este capítulo estruturamos os cuidados essencialmente na promoção da continência urinária e quando tal não é possível, na gestão da incontinência com vista à prevenção de complicações e promoção da qualidade de vida da pessoa. Para tal é necessário:

- A identificação o mais precocemente possível da tipologia da IU através da realização de um diagnóstico da situação aprofundado e em articulação com a equipa interdisciplinar;
- Envolvimento da pessoa e cuidadores no processo de reabilitação ou adaptação à situação;
- Gestão do autocuidado seja este completamente / parcialmente compensatório ou de ensino, tendo em conta as condicionantes físicas, psicológicas, ambientais, sociais e culturais dos envolvidos;
- Promoção do suporte ambiental, social e psicológico dos envolvidos através da articulação interdisciplinar e da referenciação;
- Sistematização dos cuidados de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, sejam estes de cariz comportamental ou coadjuvados com terapia farmacológica ou cirúrgica;
- Sistematização dos cuidados através do acompanhamento, referenciação do utente / cuidador, com registo das intervenções.

A IU constitui um problema que tem bastante impacto na qualidade de vida da pessoa, não só pelas alterações físicas, risco de infeções e outros problemas associados, como pela sensação de vulnerabilidade que produz pelo receio de confrontar o imprevisto e a exposição social.

A sua abordagem comporta as mais variadas intervenções atendendo à diversidade observada aquando do diagnóstico. O suporte terá necessariamente que incorporar as condições do utente, nas suas dimensões física, psíquica, social e cultural, influenciando estas, a tipologia e dinâmica das ações, as interações, o perfil e as práticas dos membros da equipa interdisciplinar, porque é sempre necessário centrar o cuidado na pessoa.

Com a intervenção adequada é possível melhorar ou até reverter a IU e mesmo quando tal não é viável, os cuidados devem ser prestados no intuito de promover a qualidade de vida. Vários foram os constrangimentos apontados acerca da prestação de cuidados no controlo da IU, sendo esta uma área ainda hoje deficitária não tendo em muitos casos a atenção necessária, por vezes até pela carência de formação, atualização e experiência na área. Contudo é neste contexto que as intervenções consubstanciadas em abordagens interdisciplinares, assumem especial importância no âmbito alargado dos processos onde os enfermeiros marcam presença contínua, não podendo como tal ser alheios ao comprometimento com uma intervenção baseada na evidência e centrada na promoção do autocuidado. Desta forma, pensamos ser premente a desocultação das realidades para posteriormente se poder intervir de forma sustentada.

Capítulo 2

O modo de investigação: Estudo etnográfico em contexto de convalescença

*"A etnografia como eu a entendo, é mais do que uma ferramenta exclusiva de antropólogos para estudar culturas exóticas. Pelo contrário, é o caminho para compreender as diferenças culturais que fazem de nós aquilo que somos, enquanto seres humanos."*⁹

(Spradley, 1980: viii)

⁹ *"Ethnography, as I understand it, is more than an exclusive tool of anthropologists in their study of exotic cultures. Rather is a pathway to understanding the cultural differences that make us what we are as human beings."* (tradução da autora).

1 – A natureza do estudo

A nossa conceção de enfermagem à semelhança do avançado por Streubert & Carpenter (2002), assenta numa perspetiva holista com sustentação nas experiências de vida dos seres humanos, devendo a ciência produzida, acompanhar a realidade da prática onde os cuidados acontecem. O conhecimento de como ocorrem os cuidados de enfermagem num determinado contexto, só será possível a partir da observação de situações que expressem o modo como os diferentes aspetos do quotidiano se manifestam em situações particulares, revelando valores e significados, ações e atividades que integram os processos onde as questões culturais ligadas à profissão não são alheias.

Como os cuidados de enfermagem ocorrem numa esfera de ação coproduzida, será importante entender as interações estabelecidas não só com o idoso, mas também com outros profissionais que integram a equipa. Tais perspetivas radicam num paradigma qualitativo e num estudo de carácter indutivo, pois como aludem Denzin & Lincoln (2003) a pesquisa qualitativa situa o observador no mundo, estudando os ambientes naturais, tentando dar sentido ao fenómeno através da interpretação dos significados e das ações. Por outro lado, sabemos que as opções metodológicas deverão conduzir à escolha de procedimentos que permitam a explicação do fenómeno em estudo, mobilizando conhecimentos que efetuem a ligação entre as técnicas adotadas, elementos teóricos e epistemológicos que nos permitam o acesso à realidade onde os processos de cuidados ocorrem.

Tendo no horizonte os objetivos que aqui nos conduziram, propusemo-nos estudar e compreender, como é construído pelos enfermeiros e idosos com IU o processo de autocuidado, em contexto de convalescença, integrando a cultura dos atores e dos contextos de cuidados. Este processo dinâmico acontece num contexto de cuidados relativamente recente e pressupõe a interação entre diversos atores, enfermeiros, outros profissionais, idoso e famílias, pelo que mais uma vez o paradigma qualitativo se revela adequado (Flick, 2005)¹⁰.

¹⁰ “A investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida (...) A acelerada mudança social e a consequente diversidade de universos de vida confrontam cada vez mais os cientistas com novos contextos sociais e novas perspetivas. Estas são para eles uma novidade tão grande que as metodologias dedutivas tradicionais – derivar dos modelos teóricos as questões e hipóteses da investigação e submetê-las ao teste dos resultados empíricos – fracassam na diferenciação dos assuntos. A investigação, é, por isso, cada vez mais forçada a recorrer a estratégias indutivas” (Flick, 2005: 2).

Por outro lado, também cedo nos identificámos com a crença em múltiplas realidades que poderiam derivar das condições culturais subjacentes. Logo, o compromisso com uma abordagem que permitisse compreender o fenómeno em estudo era essencial, acordo este, integrador do ponto de vista do participante, sendo ainda necessário adotar uma conduta de pesquisa que não corrompesse o contexto natural onde ocorriam os cuidados. Apesar de aceitarmos e reconhecermos ser essencial a nossa participação, observaríamos sempre o relato do fenómeno incluindo a forma literária, mas envolvendo também os comentários dos participantes (Streubert & Carpenter, 2003).

Mesmo observando as características da investigação qualitativa, a discussão em torno dos processos de cuidados traz à ribalta uma série de contributos, perspectivas e interações que ocorrem em contextos onde a pluralidade disciplinar se cruza. Desta forma não poderíamos ainda deixar de contemplar o facto das ações poderem derivar dos significados, valores e crenças que os atores consideravam apropriados, sabendo que essas ações poderiam ser construídas e modificadas à medida que a interpretação da experiência fosse efetuada no horizonte temporal onde ocorriam os cuidados. Considerámos também a possibilidade da existência de conflito entre as culturas vigentes, tanto organizacional como profissional e individual, pelo que necessitávamos adotar uma abordagem que nos permitisse estudar o fenómeno de uma forma profunda, optando por ancorar a estratégia metodológica numa abordagem etnográfica (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2002; Nakamura, 2011).

Esta abordagem apesar de ter sido desenvolvida no seio da antropologia, é há muito mobilizada na investigação em enfermagem, tendo em Leininger (1985) a sua referência. A autora afirmou que a etnografia constitui um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura ou subcultura para aprender o seu modo de viver em ambiente natural. Nas ultimas décadas, porque a sociedade evoluiu, a mobilidade é cada vez mais constante e os cenários de cuidados modificaram-se, obrigando a uma convivência cultural oriunda da multidisciplinaridade necessária ao cuidar. A metodologia qualitativa, incorporando muitas das vezes o desenho etnográfico, continua a constituir uma abordagem de eleição (Vila & Rossi, 2002; Costa, 2006; Ribeiro, 2012; Christiansen, Taasen, Hagstrøm, Hansen, & Norenberg, 2017; French *et al.*, 2017), isto porque segundo Brink “a etnografia constitui o melhor caminho para descobrir as dimensões que constituem o cuidado de enfermagem em qualquer cenário onde este ocorra” (2013: 209).

Ao querermos compreender como se construía o processo de autocuidado ao idoso

com IU em contexto de convalescença, estávamos perante uma situação de experiência complexa, não só pela doença que deu origem ou agravou a incontinência, mas também porque o idoso não estava ilhado, mas sim inserido numa teia de interações onde as culturas subjacentes influenciavam os modos de ação. Fazer emergir o sentido e significado que estava subjacente à interação através das descrições do quotidiano foi premente, pelo que optámos por efetuar a imersão no terreno onde o processo de construção do autocuidado ao idoso com IU era construído, vivido e interpretado numa articulação sociocultural. Esta análise das práticas subjacentes ao processo através da etnografia, sustentou-se ainda na perspetiva de Leininger (2006) onde a pesquisa focada no cuidado cultural enquanto fenómeno relacional e inter-relacionado era fundamental para identificar e avançar no conhecimento da assistência de enfermagem e da cultura de cuidados.

Spradley (1980) identificou também enquanto razão para a utilização da enografia no estudo de uma determinada cultura, a necessidade de compreensão do comportamento humano. Streubert & Carpenter (2003) concordam, dizendo que tal descoberta se torna particularmente importante quando os enfermeiros olham para os comportamentos de saúde e doença dos seus clientes. Pelo que compreender grupos culturais como os idosos e a forma como estes se comportam perante estas situações, poderá ajudar os profissionais a intervir melhor.

À medida que íamos progredindo, aceitámos ser necessário enveredar por um roteiro que respeitasse as características centrais da metodologia eleita (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2003, Leininger, 2006; Ray, Morris & McFarland, 2013). Em primeiro lugar deveríamos incorporar o investigador como instrumento, pois o estudo da cultura e do cuidado exigia a proximidade aos participantes. Só assim poderíamos identificar, interpretar e analisar a cultura em estudo, tornando-nos participantes no cenário social e ao mesmo tempo firmando um compromisso com a compreensão do fenómeno. Por outro lado, teríamos que observar os constructos *emic* e *etic*, pois apesar do investigador integrar o terreno, à partida terá dificuldade em aceder completamente à visão *emic*, uma vez que esta diz respeito ao local ao endógeno, à visão específica que os locais têm do fenómeno, às suas crenças, linguagem e experiências culturais, daí a importância do acesso a documentos, objetos e outros artefactos do grupo. Por outro lado, a perspetiva *etic* comporta o exterior com interpretação, o formal que em termos de cuidados como referiu Leininger (2006), corresponde ao conhecimento obtido na academia.

Desta forma, para podermos produzir inferências culturais foi necessário tal como Spradley (1980) referiu, aceder ao comportamento cultural, através do conhecimento daquilo

que as pessoas faziam em contexto, contactar com os artefactos culturais incluindo aqui os objetos mobilizados para a ação e estar atentos às mensagens subjacentes e ao que as pessoas diziam. Em segundo lugar surgia o trabalho de campo, porque esta investigação ocorria em contexto, sendo essencial a colocação física de demorada. Só assim poderíamos ter acesso às experiências particulares e significativas para os participantes, perceber como as interpretavam e que interações estabeleciam num contexto específico, mas onde os fatores socioculturais estavam presentes. Em terceiro lugar assomava o compromisso com a natureza cíclica da colheita de dados, sendo este um processo em que diferenças e semelhanças deveriam ser descritas no sentido da formulação de outras questões que ao encontrar resposta, viessem acompanhadas de novas interrogações que nos permitissem focalizar e sistematizar os achados. Em quarto lugar seria essencial não descurar o foco da perspetiva cultural, só assim poderíamos entender os estilos, modos de vida e cuidados que integravam o processo, bem como interpretar os significados culturais. Em quinto lugar e na sequência da anterior vinha a imersão cultural associada à participação aprofundada sendo necessária a presença prolongada no terreno. Por último, deveríamos ter sempre presente a reflexividade, só assim apesar de aceitarmos a participação na cultura, poderíamos manter o distanciamento epistemológico que nos permitiria colher dados, refletir e confirmar.

Tudo isto seria necessário para aceder ao conhecimento tácito e explícito. Ao aprender e apreender os contextos com as pessoas que os constituíam, percorríamos um caminho que nos conduzia aos achados efetuando como aludido por Costa (2006) através do diálogo entre a prática e a investigação, situação potenciadora da transferibilidade dos resultados que poderiam constituir um recurso para o futuro dos cuidados ao idoso com IU.

2 – Processo de investigação e fases do estudo

A maioria dos estudos qualitativos são desenvolvidos em contextos restritos não com o intuito de efetuar generalizações, mas sim conhecer o fenómeno em profundidade. Também neste esteve subjacente esta premissa, tendo no horizonte a expectativa de poder contribuir para a melhoria dos cuidados, até porque o mesmo, apesar de não decorrer numa única organização, também não se debruçou sobre múltiplas situações (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2003).

Observando as características do estudo etnográfico optámos por seguir a proposta de Costa ao referir que “Conceber e desenvolver um estudo etnográfico não se inscreve no conjunto de percursos lineares de investigação, uma vez que avanços e recuos, progressos e retrocessos fazem parte da «caminhada»” (2006: 128). Tal como a autora aludiu, também nós concordámos que apesar do carácter recursivo das etapas era necessário sistematizar os procedimentos, seguindo o percurso por ela identificado¹¹. Começamos por efetuar a pesquisa bibliográfica para suporte do objeto de estudo estabelecendo um quadro teórico alicerçado não só nos olhares clássicos como em novas perspetivas. Os objetivos e as questões orientadoras inicialmente construídas, foram progressivamente alteradas numa perspetiva primeiramente alicerçada na bibliografia e incursão exploratória no terreno. Apesar de ao longo do trabalho terem sido aprimoradas, constituíram nos primeiros tempos o suporte e a ancoragem necessária ao desenvolvimento de um trabalho constituído por altos e baixos, avanços e recuos.

Por outro lado, devido ao carácter recursivo do mesmo e ao surgimento de novas questões, a ancoragem inicial, permitiu-nos efetuar progressiva e consecutivamente a observação, análise e reflexão inerentes a este processo. O planeamento da recolha de dados foi efetuado no respeito pelos princípios científicos inerentes ao método e tendo em conta o objeto empírico. Foi necessário recorrer a diferentes fontes de informação, realizar atempadamente os registos, efetuando consecutivamente a sua análise. Também se tornou essencial o recurso a diferentes estratégias de colheita de dados não só para conseguir o

¹¹ 1. Incursão teórica e levantamento de referenciais teóricos e documentais que suportam a investigação; 2. As questões orientadoras / eixos de análise e suas dimensões; 3. Recolha e análise da informação (Costa, 2006: 130).

recomendado “olhar plural” inerente ao método, como por forma a validar a informação recolhida. Assim, tal como referem Whitehead (2005) e Brink (2013) apesar de conduzirmos um trabalho qualitativo, por vezes socorremo-nos de dados com cariz quantitativo colhidos no terreno de pesquisa, por serem essenciais à compreensão dos processos e culturas subjacentes.

O percurso sustentado na colheita, análise e apresentação dos resultados, foi levado a cabo atendendo à necessidade de iniciarmos com observação participante, efetuar o registo etnográfico, fazer a observação descritiva, construir a análise de domínio, continuou através da observação focalizada, realização da análise taxionómica, prosseguimento com observação seletiva, a análise dos componentes, emergência dos temas culturais, inventário cultural e escrita do relatório (Spradley, 1980). Com o foco definido, efetuadas as pesquisas bibliográficas que nos permitiram uma primeira sustentação teórica e tendo sistematizado um conjunto de decisões orientadoras do percurso, avançámos para o terreno de pesquisa.

2.1 – O acesso ao terreno de pesquisa

O interface entre as questões do envelhecimento e da morbilidade, têm trazido à arena pública diversas discussões, tornando-se uma temática incontornável, inclusive com inferências diretas na adaptação dos cuidados de saúde, onde a criação de respostas aos mais vulneráveis tomam lugar. Esta realidade surge todos os dias, a par e passo com o envelhecimento da população, derivada da necessidade premente de respostas para fazer face a uma situação que assume também assimetrias regionais, sabendo-se que é no interior do país principalmente rural, que faltam mais jovens e existem mais residentes com mais de 65 anos, sendo que os maiores de 75 assumem hoje uma parte significativa (Rodrigues, 2018).

Como a longevidade não implica forçosamente saúde, há cada vez mais a necessidade de respostas por parte do sistema. A RNCCI veio de certa forma trazer um modelo e nível de cuidados diferentes, para intervir nas situações de dependência e na construção ou reconstrução do autocuidado após doença súbita. Face ao foco do nosso estudo, optámos por centrá-lo em duas organizações / Unidades de Convalescença [UC] que integram esta rede, territorialmente delimitadas ao Alentejo, região interior do país bastante envelhecida. A escolha de duas UC foi efetuada não com o intuito de efetuar comparações, mas por forma a permitir uma compreensão mais profunda da cultura sobre o processo em estudo, tal como é ilustrado no *continuum* descrito por Spradley (1980: 29-30) e também já utilizada por Correia (2012). Estas UC desenvolvem atividades no âmbito da prestação de

cuidados de saúde e apoio social tal como é preconizado, tendo por missão o tratamento com supervisão clínica, continuada e intensiva para os cuidados de reabilitação necessários na sequência de internamento por situação aguda, recorrência ou descompensação de processo de doença crónica (MS, 2006).

As equipas incluem enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem no respeito pelo exercício profissional do enfermeiro, sendo regulados pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Apesar de serem dirigidas a pessoas em situação de dependência, recebem maioritariamente idosos. A escolha destes dois locais foi intencional e sustentada em razões de ordem prática e metodológica:

1. Pelo facto de serem UC que recebiam idosos com as características necessárias ao nosso estudo e em situação de permanência temporal dos mesmos, previstas nos normativos da RNCCI, assumindo assim as condições e diversidade necessárias;
2. Por serem geograficamente acessíveis apesar de uma delas se situar a uma maior distância do nosso local de trabalho e residência, contudo era também uma UC que funcionava há cerca de sete anos (Unidade Azul [UA]), sendo que a outra UC era relativamente recente (com seis meses de existência – Unidade Verde [UV]);
3. Por conhecermos o local (UA) e alguns dos profissionais que as integravam, por via da nossa atividade profissional, durante o acompanhamento de estudantes de enfermagem em ensino clínico ou estágio. Constituindo-se facilitador no acesso ao terreno, equipa e idosos.

Ambas integravam equipas multiprofissionais constituídas por médicos (incluindo fisiatra), enfermeiros, técnicos superiores de serviço social, terapeutas e auxiliares, tal como preconizado na Portaria n.º 174, de 10 de setembro (Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social [MFSSESS], 2014). Apenas na UA existia enfermeiro especialista em reabilitação, sendo que descreveremos com mais pormenor o contexto e a equipa posteriormente, por questões de articulação da escrita etnográfica.

O acesso às UC foi antecipadamente preparado, revimos a literatura e o projeto que deu origem a um primeiro guião de observação, frequentámos a Escola de Verão sobre investigação qualitativa que decorreu em Dublin¹², efetuámos formação sobre escrita em investigação qualitativa e etnografia: disciplina e método, e programas informáticos de apoio à análise de dados, o que permitiu uma progressão mais sustentada no estudo. Numa primeira instância estabelecemos contactos e desenvolvemos os procedimentos necessários à obtenção

¹² Qualitative Research Summer School 2015.

de autorização para realização do trabalho quer por parte das instituições envolvidas, quer a aprovação pelas respetivas comissões de ética. Solucionados estes requisitos que demoraram cerca de um ano, dirigimo-nos à organização onde ficava situada a UC que apelidámos de UA, no final de maio de 2015, aqui aferimos com a direção, aspetos burocráticos pois além das diligências já efetuadas, foi necessário assinar um protocolo de investigação. Nesta etapa informaram-nos também dos aspetos práticos a desenvolver, nomeadamente a realização de um cronograma de atividades atualizado e da necessidade de envio de relatórios anuais dando conta do progresso da investigação, processo que foi respeitado durante o decurso do mesmo¹³. Decorrido cerca de um mês voltámos com o solicitado e desta vez reunimos com a Direção e Coordenação da UA, apresentámos novamente o projeto e combinámos a apresentação à equipa e utentes o que ocorreu em julho. Informaram ainda da necessidade de usar bata branca com cartão de identificação.

A inserção no terreno na UV teve início em setembro, por ser recente naquele local (anteriormente funcionava em outra estrutura física e com outra gestão), demorou um pouco mais todo o processo de autorização, pois tivemos que fazer as atualizações que nos foram solicitadas devido à mudança. À semelhança do ocorrido na UA, logo que solucionados estes aspetos fomos encaminhados para a direção clínica, reunindo com o médico e enfermeiro coordenador. O percurso seguinte foi semelhante nas duas UC, em ambas conhecíamos profissionais que fizeram a ponte com outros com quem ainda não nos tínhamos cruzado e com os utentes. Apesar de conhecermos os contextos como já foi referido, os coordenadores efetuaram uma “visita guiada” o que se tornou essencial pois a imersão cultural iniciou-se de forma mais profunda logo naquele momento, o acompanhamento destes profissionais que conheciam profundamente os serviços por via da gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados, mostraram-nos uma perspetiva *emic*, anteriormente desconhecida. Apesar de na nossa atividade profissional efetuarmos supervisão de estudantes em ensino clínico, o que permitiu um conhecimento prévio acerca de normas e protocolos, a permanência nestas UC com um objetivo diferente do habitual, foi principalmente no primeiro ano em que decorreu o trabalho de campo, repleta de surpresas.

Depois das visitas às instalações, não só às UC onde iria decorrer o estudo, mas a toda o espaço físico das organizações onde estas se inseriam, os enfermeiros coordenadores que previamente tinham informado as equipas da nossa vinda e do projeto que iríamos

¹³ Estes documentos encontram-se na posse da autora, não tendo sido incluídos em Anexo por exigências de confidencialidade.

desenvolver efetuaram a ponte com as mesmas possibilitando reuniões que fomos efetuando tendo em conta a disponibilidade da mesma e onde fomos apresentando ou esclarecendo aspetos ligados à investigação. Tudo isto facilitou a inserção no terreno. Nos primeiros três meses circulámos pelos espaços, salientamos as salas de trabalho, luminosas, com grandes vidros para o corredor o que facilitava a observação, mostraram-nos os registos e até a “folha de turno”, que embora organizada de forma própria era semelhante nas duas UC. Representava um resumo, incluindo todos os utentes e principais ocorrências, apesar de maioritariamente utilizada pela equipa de enfermagem, era consultada por outros técnicos e auxiliares, por ser considerada facilitadora da continuidade dos cuidados ao longo dos turnos e da passagem de ocorrências.

Face à temática em estudo, verificámos que a atividade de vida eliminação era contemplada neste documento que mais tarde incluímos na nossa análise. Nos primeiros meses, ambientámo-nos às UC e os atores que integravam as UC ambientaram-se à nossa presença. Esta primeira etapa foi primordial porque primeiramente apesar da nossa presença ser admitida, verificámos que nos era vedada em situações específicas que ilustraremos no capítulo seguinte, contudo, à medida que o trabalho decorria, sentimos a inclusão em pequenos detalhes, desde o não fechar da porta da sala onde decorriam as reuniões e sermos convidados a estar presentes, ao convite para tomar café a meio da manhã ou da tarde (mais tarde também no turno da noite), ou acompanhar diversos membros ao refeitório.

Tal como aludido por Spradley (1980), Streubert & Carpenter (2003) e Flick (2005) a disponibilidade para permanecer no terreno foi essencial. Outra situação que contribuiu para a nossa aceitação, foi a observação das considerações éticas que desenvolveremos à frente, podemos adiantar que não entrámos em nenhum espaço ou falámos mais profundamente com um utente sem previamente ser efetuado um primeiro contacto geralmente pelo enfermeiro responsável pelos cuidados, só esta postura nos possibilitou estar no ambiente natural, tentando não invadir e perturbando o menos possível para que pudéssemos apreender as situações importantes subjacentes ao processo que estávamos a estudar (Spradley, 1980; de la Cuesta-Benjumea, 1997).

A nossa comparência nas UC ocorreu de forma assídua, embora com alguns intervalos devido aos compromissos profissionais. Procurámos diversificar a presença durante períodos diferentes do dia, demorando cerca de 3 a 4 horas na UV. Na UA, permanecíamos mais tempo, por vezes atravessámos dois turnos, principalmente o turno da manhã e da tarde aproveitando a deslocação. Considerámos importante permanecer nestes contextos em

diferentes períodos incluindo o turno da noite, embora o tenhamos efetuado maioritariamente nos turnos da manhã e da tarde pois era nesta altura que se verificavam a maioria das interações, devido ao número e diversidade dos atores que ali permaneciam. Sentimos também que no turno da noite, a nossa presença interferia muito com as rotinas criadas. O processo de construção do autocuidado ao idoso com IU afirmou-se uma realidade, que para ser compreendida necessitava da mobilização de estratégias diversificadas, recrutando técnicas distintas, no intuito não só da apreensão e olhar plural sobre o objeto de estudo, mas também para podermos proceder à avaliação e validação da investigação (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2003; Costa, 2006; Leininger, 2006; Ray *et al.*, 2013). Efetuámos observação participante, entrevista individual e em grupo focal, bem como análise de documentos que desenvolveremos em seguida.

2.2 – A observação participante

Em qualquer estágio do estudo, a observação participante constituiu a pedra angular. Muitas vezes foi efetuada em conjunto e a par da consulta documental de materiais e objetos do ambiente, de entrevistas mais o menos formais que forneceram também informação acerca das crenças e comportamentos do grupo e a compreensão dos modos de vida, através do descortinar de ações e dos significados subjacentes, atribuídos pelos próprios envolvidos (Spradley, 1979; 1980; Brink, 2013; Ray *et al.*, 2013).

A observação decorreu de setembro de 2015 a março de 2018. Ao longo do tempo, através da indução efetuada numa interatividade análise / reflexão em torno do observado em contexto, fomos apreendendo a cultura adotando uma postura aberta, holista e interpretativa. Fomos observando pormenores relacionados com o espaço em si, os cuidados prestados, as interações estabelecidas entre os profissionais, utentes e famílias. Estabelecemos contactos com os informantes através de conversas que nos permitiam compreender melhor os significados que atribuíam às ações. Alertados para a possibilidade de influenciar o contexto e ser influenciado por este, fomos estabelecendo relações de confiança e respeito, efetuando registos onde incluímos a perspetiva *emic* e *etic*, também para mantermos o distanciamento crítico, necessário aos estudos efetuados no âmbito das ciências da saúde (Streubert & Carpenter, 2003).

A permanência no terreno levou-nos a optar pela observação não apenas enquanto expectador, mas encetando uma participação moderada efetuando o equilíbrio necessário,

conscientes que embora aceites no meio, não atingíamos o estatuto dos residentes. Por outro lado, foi também através da observação que seleccionámos os informantes chave, tendo por base o recomendado por Spradley (1979; 1980) tendo em atenção o conhecimento que estes tinham sobre a cultura em estudo e a disponibilidade para participar. Cedo percebemos que os enfermeiros coordenadores e os enfermeiros que faziam maioritariamente o horário da manhã (na UV havia mensalmente escalado um enfermeiro que realizava só manhãs), as fisioterapeutas e as técnicas superiores de serviço social se tornariam essenciais neste processo, pois eram os elementos da equipa que estavam mais diretamente envolvidos na gestão dos casos de idosos com IU e eram também aqueles com quem mais nos cruzávamos nos quotidianos. Por outro lado, por razões relacionadas com condicionantes e restrições de acesso ao sistema de registos informáticos (impostos aquando das autorizações e parecer da Comissão de Ética), eram também os enfermeiros coordenadores ou os responsáveis de turno que nos davam o acesso a estas informações. O que à partida nos pareceu um condicionalismo revelou-se no decurso do tempo uma mais-valia, porque ao sentarem-se connosco para efetuar a consulta documental, estabeleciam-se também conversas que nos permitiam compreender a perspetiva e significados individuais que atribuíam às situações consultadas e analisadas. Dos cerca de 13 enfermeiros que integravam cada equipa e que sempre mostraram disponibilidade para colaborar, elegemos 7 como informantes privilegiados, porque além das características já identificadas, foram também aqueles que permaneceram ininterruptamente nas UC durante o tempo em que decorreu o estudo.

Numa sequencialidade temporal a observação participante incidiu em três grandes enfoques patentes no guião inicial (Apêndice I), os cuidados em si, os atores envolvidos (protagonistas e secundários) e os artefactos. O nosso olhar incidiu sobre os espaços, os atores, as atividades, os objetos, os atos, acontecimentos, as sequências temporais, as finalidades e os sentimentos subjacentes (Spradley, 1980; Costa, 2006; Ribeiro, 2012). O processo foi conduzido sustentado numa observação que progressivamente foi descritiva onde tivemos que resistir à tentação de tudo registar (Costa, 2006).

Apesar de não termos sido autorizados a efetuar filmagens, pudemos fotografar espaços e objetos, bem como gravar alguns diálogos, sendo aqui o telefone móvel um grande auxílio. Hein, O'Donohoe & Ryan (2011) referiram-se ao facto da incorporação das novas tecnologias serem facilitadoras das interações no terreno e da observação participante, aludindo à necessidade de maior exploração sobre o uso das mesmas. Também nós verificámos este efeito, inicialmente utilizámos um pequeno gravador tradicional, mas cedo

observámos que era considerado um objeto “estranho” que interferia nas conversas. Colocámos a hipótese de utilizar o gravador do telemóvel, sendo aceite e verificando-se a não “interferência”, talvez por ser um objeto habitualmente presente nos quotidianos. Este dispositivo revelou-se bastante útil também nas interações estabelecidas com os informantes, pois estes muitas vezes anotavam ali aspetos que nos transmitiam quando estávamos presentes nas UC. Esta situação mostrou-nos mais uma vez a disponibilidade para participar no estudo e a compreensão por parte dos profissionais, da necessidade de apreensão das culturas subjacentes. De referir que telemóvel foi sempre utilizado de forma cautelosa e no respeito pela privacidade, confidencialidade e segurança. Durante a colheita de dados, nunca estive ligado em rede e logo que terminada a gravação, o ficheiro era guardado fora do dispositivo, em local seguro e apagado do primeiro. No que diz respeito ao registo fotográfico, apenas foi efetuado com objetos, nunca com pessoas.

As primeiras observações foram descritivas, mobilizando o *registo condensado* (frases, expressões chave) efetuado no diário de campo, que mais tarde desenvolvíamos e explicávamos, *registo expandido*, por forma a facilitar o processo de análise (Spradley, 1980; Correia, 2009). Aqui mobilizámos ainda o sistema O-P-R de *observação, participação e reflexão* com sistematização do detalhe das descrições documentadas e da análise (Leininger, 2006). Procurámos manter a linguagem natural sempre que tal era necessário para ilustrar uma situação e colocávamos entre parênteses retos as nossas explicações, por vezes necessárias para melhor compreensão do contexto em que foram proferidas.

A presença no terreno foi evoluindo, uma das diferenças que fomos verificando, foi a forma como os utentes e familiares entendiam e se referiam à nossa presença, dizendo “está a fazer um estudo” ou “um trabalho de doutoramento”, mesmo aqueles que conheciam a nossa atividade profissional, diferenciavam uma identidade quase dupla (ensino e investigação), que não constituiu obstáculo, pois cedo ela foi entendida e transmitida entre os utentes sempre que novos davam entrada nas UC. Tal foi tranquilizador, pois permitiu-nos verificar que entendiam perfeitamente as razões do estudo, da nossa presença e que colaboravam de forma livre e esclarecida.

A observação das interações e artefactos mediadores das mesmas, era facilitada pela disposição do espaço físico das unidades. As salas de convívio onde utentes e profissionais permaneciam ou circulavam entre as atividades, refeições, tratamentos e outros cuidados, ficavam no percurso de acesso às salas de trabalho. Logo, sempre que chegávamos, éramos notados e acolhidos. Os profissionais da equipa multidisciplinar e os idosos mantiveram desde

sempre as suas rotinas apesar da nossa presença, mostraram-se disponíveis para responder às perguntas e esclarecer as dúvidas que foram surgindo, à medida que o tempo decorria, eram eles que nos avisavam das atividades que iriam decorrer nesse dia e nos convidavam a estar presentes.

Os idosos manifestavam gosto no diálogo, talvez por termos disponibilidade para ouvir, muitas vezes nos chamavam para conversar, mesmo aqueles que não reuniam condições para integrar o estudo. Também os profissionais se foram habituando à nossa presença e mesmo respeitando o esforço de não interferir demasiado, várias vezes nos pediram ajuda ou opinião. Tentámos ajudar sempre que possível, não emitindo julgamentos que interferissem na cultura organizacional, por exemplo um dia que estávamos a efetuar algumas notas no nosso diário de campo na sala de trabalho, a técnica superior de serviço social, estava aflita porque tinha que efetuar uma confirmação de consulta num hospital central, não estando a conseguir perceber através da sigla a qual se referia, pediu a nossa ajuda e ajudámos, uma vez que conhecíamos bem aquele local.

Além das salas de trabalho, conversámos com utentes e profissionais em vários espaços, desde salas de convívio, ginásios, quartos e espaços exteriores. Esta diversidade permitiu não só a apreensão dos lugares como dos contextos de cuidados e das culturas individuais subjacentes que emersas em valores, determinavam sentimentos e modos de ação, também de culturas organizacionais, que ditavam regras e condições. Após termos obtido uma perspetiva geral das interações, aspetos sociais e das culturas, fomos progredindo para observações mais planeadas e focalizadas, sentimos também necessidade de melhorar o nosso guião de observação, resultante da sistematização O-P-R efetuada até então (Apêndice II). Este guião comportava já as várias fases do processo e foi construído em torno dos objetivos, temas e focos de observação que emergiram em torno de situações e acontecimentos que era necessário continuar a aprofundar:

1. Acolhimento / admissão do idoso com IU / família: Organização e prioridades dos cuidados ao idoso com IU (pré-programação das atividades);
2. Acompanhamento: Interação / comunicação com o idoso / família durante o processo de construção do autocuidado, Interação / Cuidados com vista à construção do autocuidado, Procedimentos específicos / ações (exemplo treino de hábitos / vesical), Registos e passagem de ocorrências;
3. Alta e referenciação (preparação, ensino, apoio, etc.), Participação / envolvimento da família no processo de cuidados;

4. Valores Simbólicos, Culturas Individuais e Organizacionais.

Mantivemos a observação e as conversas com os informantes privilegiados. À medida que avançámos, os nossos registos tornaram-se mais estruturados diferenciando a linguagem do investigador e atores de acordo com a codificação determinada. Foi nesta altura que começámos também a realizar *memos* tal como recomendado por de la Cuesta-Benjumea & Arredondo-Gonzalez (2005). Estes memorandos permitiam-nos articular o pensamento reflexivo, com bibliografia que íamos consultando e dados colhidos no terreno, sustentaram também as primeiras codificações e taxonomias agrupadas em domínios, inspirados nos exemplos propostos por Spradley, estimulando a interação entre dados, análise de conteúdo e emergência de novas categorias (Spradley, 1980: 112). Deparámo-nos com descobertas que abriam novas portas à compreensão da cultura em estudo.

A observação foi sempre dinâmica e sistematizada e a passagem à observação seletiva, efetuada já no decurso da elaboração do relatório, foi natural. Sustentou-se essencialmente em questões que emergiram da análise efetuada e das conversas em torno do nosso estudo que fomos tendo com os testemunhos privilegiados até então, tratou-se de uma observação mais apurada indo ao encontro do que era importante e diferenciador de categorias e domínios culturais. A observação tal como recomendado por Spradley (1979; 1980) foi acompanhada pela realização de entrevistas formais e informais.

2.3 – A entrevista

As entrevistas etnográficas (Spradley, 1979) e as explicações obtidas junto de informantes privilegiados (Brink, 2013) são também essenciais à investigação, até no intuito de averiguar a validade, através de questões que são colocadas e recolocadas no intuito de aprofundar dados e averiguar informação quer confirmatória, quer contraditória.

A entrevista é uma técnica de colheita de dados frequentemente utilizada, quando pretendemos apreender um processo que inclui a dinâmica da co-construção do sentido que se estabelece entre o investigador e os participantes, por outro lado, é utilizada para complementar e triangular dados obtidos através de outras técnicas (Spradley, 1979; Streubert & Carpenter, 2002; Flick, 2005). Também não devemos esquecer a necessidade de aclarar aspetos observados e verbalizados no terreno com os informantes, por estes serem os principais conhecedores da cultura de cuidados, permitindo além de descortinar processos, validar categorias e domínios culturais, através da triangulação de dados (Spradley, 1979;

Brink, 2013; Ray *et al.*, 2013).

Conduzimos *entrevistas informais* com profissionais, idosos e familiares durante a observação, que se traduziram em gravações e anotações breves que posteriormente adicionámos às notas de campo, estas possibilitaram conhecer o ponto de vista dos participantes sobre a IU, os sentimentos, ações, e aspetos do contexto sociocultural. O quê, como, quando, onde, quem, porquê, como se sentiu? Foram questões presentes no quotidiano, efetuadas em pequenas conversas informais com aqueles que sabiam qual o nosso propósito e respondiam clarificando percursos que ajudavam à progressão da investigação.

Spradley (1980) alude ao facto de os informantes saberem muito acerca dos aspetos culturais porque eles são de certa forma participantes observadores, desta forma, o investigador ao fazer questões etnográficas estará a fazer uso destas competências, a par de que nunca devemos desvalorizar as informações adicionais que estes nos podem dar. Nesta sequência efetuámos entrevistas formais, semiestruturadas, quer individuais, quer em grupo (*focus group*). A opção pela entrevista de grupo focalizado suportou-se em três razões:

1. Modelo de cuidados vigente na UC – Os cuidados ao idoso são planeados, executados e avaliados pela equipa multidisciplinar, que realiza e atualiza o Plano Individual de Intervenção, em reuniões onde todos se articulam e dão contributos para o mesmo, no sentido de promover a continuidade dos cuidados. Assistimos a várias destas reuniões de equipa durante a observação e verificámos que a discussão gerada, conduzia à coordenação de competências no sentido da melhoria dos cuidados, logo poderia ser importante compreender a perspetiva conjunta sobre a construção do autocuidado ao idoso com IU, alicerçada nos modos de ação habituais no contexto;
2. Vantagens associadas à estratégia – A discussão e entrevista de grupo realiza-se através da condução de um tópico ou grupo de questões efetuadas em torno de um tema ou subtemas que são revistos e pilotados durante a condução da mesma. Segundo Flick (2005: 115) “Ao ampliar o espetro da colecta de dados, tenta-se contextualizá-los e criar uma situação mais próxima da vida quotidiana”, o que permite colmatar o estudo de atitudes artificialmente isoladas, por outro lado admite a validação das opiniões expressas pelo próprio grupo; permite a análise dos processos de resolução de problemas comuns ao grupo e os significados atribuídos pelas pessoas aos temas discutidos, evidenciando ainda a diversidade existente;
3. Estratégia utilizada em estudos etnográficos no âmbito da saúde – Nos últimos anos, vários têm sido os estudos conduzidos com recurso a esta técnica de entrevista,

principalmente quando envolviam equipas multidisciplinares, tal como o estudo que pretendíamos desenvolver. Smithson (2008) aludiu às vantagens da utilização da técnica em estudos etnográficos, onde coexistem várias culturas. Christiansen *et al.* (2017) realizaram um estudo etnográfico sobre aprendizagem colaborativa em um contexto de reabilitação, mobilizando também o grupo. Pannick *et al.* (2017) realizaram uma avaliação qualitativa detalhada de uma intervenção interdisciplinar com recurso a esta técnica.

Efetuámos duas entrevistas de grupo uma em cada uma das UC selecionadas, estas decorreram na sequência das reuniões semanais. Participaram nas mesmas os profissionais que estavam presentes nas reuniões. Na UA participaram 1 médico, 2 fisioterapeutas, 2 enfermeiros, 1 técnico superior de serviço social, 1 animador sociocultural, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala e 1 psicólogo, num total de 10 profissionais. Na UV participaram 1 médico, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro, 1 técnico de serviço social, 1 animador, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo, num total de 7 profissionais. Nestas entrevistas o investigador assumiu o papel de moderador que assumiu a condução temática como recomendado por Flick (2005), orientando as questões, procurando numa perspetiva partilhada a opinião dos vários técnicos sobre o tópico em debate, mas interferindo o menos possível para não condicionar ou quartar ideias.

Uma vez que não foi possível ter presente todos os informantes privilegiados por questões organizacionais que se prendiam com horários de trabalho, efetuámos mais 11 entrevistas pela necessidade de continuar a aclarar e validar aspetos obtidos durante a observação. Assim entrevistámos individualmente na UA 2 enfermeiros e dois auxiliares que acompanhámos de forma mais assídua durante o período de observação. Na UV entrevistámos ainda 4 enfermeiros, 2 auxiliares e 1 médico fisiatra. Estas entrevistas foram construídas em torno de um guia de temas e questões a serem aprofundadas. Durante a sua condução, não seguimos a ordem pré-estabelecida, antes fomos clarificando dados anteriormente obtidos, permitindo que estes se exprimissem nas suas próprias linguagens, segundo a interpretação que faziam da ação, dando margem para expressar os significados subjacentes às interações. Também este guião foi organizado tendo por base os objetivos do estudo e temas emergentes da análise que fomos efetuando, tal como explicámos anteriormente (Apêndice III).

Foi também este guião que serviu de suporte à entrevista de grupo, mas uma vez que não podíamos filmar e intervinham vários técnicos foi criada uma grelha sequencial de intervenção. Pedimos a um anotador que formámos previamente, (profissional da UC que se

voluntariou) para anotar as entradas dos diferentes participantes na discussão, tendo-lhes sido previamente atribuído um código numérico em frente ao nome, mas que neste caso codificámos com nomes de flores, para manter a confidencialidade. Colocamos uma parte em apêndice como forma de ilustração (Apêndice IV).

Os idosos foram entrevistados individualmente devido à temática envolvida. Participaram 25, que atendiam aos critérios de inclusão previamente definidos:

1. Apresentar IU, segundo registo efetuado mediante a classificação resultante da avaliação para a atividade de vida eliminação, tendo por base o Instrumento de Avaliação Integrada em vigor no período em que decorreu o estudo;
2. Ter idade igual ou superior a 65 anos e capacidade cognitiva segundo avaliação da equipa multidisciplinar, para participar no estudo, produzindo um discurso coerente;
3. Aceitar participar no estudo, após o contacto efetuado pelo profissional do serviço.

A seleção dos idosos foi efetuada pela investigadora e enfermeiros, havendo um caso referenciado pelo fisioterapeuta. Apesar da nossa presença ser habitual no terreno, a primeira abordagem era efetuada pelo profissional do serviço, tendo na sua maioria sido realizada por enfermeiros, como explicaremos no ponto onde abordaremos as considerações éticas.

Dos 25 idosos entrevistados, 14 encontravam-se internados na UA e 11 internados na UV, sendo 16 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, 10 eram casados, 12 viúvos, 2 divorciados e 1 solteiro. 10 viviam sós, 10 com o cônjuge, 2 com os filhos, 2 em lar e 1 com o irmão. Todos recebiam a visita de familiares ou amigos. Realizar entrevista junto dos idosos permitia-nos o acesso às situações significativas através de questões que nos conduzissem à descoberta dos valores, crenças e práticas, pois estes compartilhavam um espaço, uma experiência de cuidados e uma situação de dependência comum (de la Cuesta-Benjumea, 1997). Desta forma poderíamos ter acesso a uma descrição profunda sobre os quotidianos de cuidados e experiências anteriores significantes para o idoso em torno da IU. Tendo em conta os nossos objetivos, a delimitação do número de idosos a integrar o estudo, foi determinada pela diversidade, saturação teórica e empírica dos dados (Guerra, 2006). Também no caso do guião elaborado para sustentar a entrevista aos idosos, tivemos em conta os objetivos do estudo e as observações efetuadas, bem como toda a análise desenvolvida até então (Apêndice V).

As entrevistas tanto a idosos como profissionais foram conduzidas em ambiente calmo e restrito, nomeadamente gabinetes que nos foram disponibilizados, contudo várias vezes tivemos interrupções, de telefones que tocavam ou de pessoas que batiam à porta. Apesar de todos conhecerem o trabalho, antes acordámos data, local e hora. No caso dos

profissionais tivemos em conta as suas ocupações, para que não interferíssemos nos cuidados aos utentes. No caso dos idosos foi necessário efetuar as entrevistas fora do horário programado para as atividades. Maioritariamente as mesmas aconteceram ou logo após o almoço ou após o lanche. Efetuámos previamente a legitimação, esclarecendo dúvidas e solicitando autorização para ligar o gravador, esta primeira abordagem foi importante para quebrar o formalismo muitas vezes associado à situação do “agora é que é”. Relembrámos que iríamos atribuir uma codificação à entrevista para manter a confidencialidade.

Os guiões de entrevista foram bastante úteis na conservação do foco durante o decurso das mesmas, contudo mantivemo-nos também atentos e não deixámos de acompanhar os raciocínios que os atores faziam sobre o tópico / questão em debate, sendo tal essencial no descortinar do processo a que nos propusemos. Também aqui recorremos ao telemóvel para efetuar a gravação, tendo posteriormente sido transcritas *verbantim*, sendo as anotações destacadas do texto entre parênteses retos, no intuito de mantermos uma codificação coerente. Todas as entrevistas foram codificadas, tendo por base a UC onde decorreram, a categoria profissional e o número que atribuímos à mesma. No caso da entrevista de grupo, os excertos também foram classificados diferenciando-a (exemplo: E12_UV_Enf3, E1_UA_Med_Focus). O mesmo critério foi utilizado para os idosos (exemplo: I6_UV; I8_UA). Sempre que complementámos com dados oriundos dos diários de campo, assinalámos de forma semelhante (exemplo: DC_UA; DC_UV).

As entrevistas quer individuais quer de grupo, foram de extrema importância na sistematização, porque através dos discursos que posteriormente analisámos, conseguimos aceder a uma compreensão enraizada nos vários aspetos culturais o que nos permitiu inclusive perceber observações anteriormente efetuadas. No final do trabalho, por considerarmos necessário debater os achados, solicitámos ainda uma entrevista a um elemento da equipa da Comissão de Coordenação da RNCCI.

2.4 – Os documentos

Durante a pesquisa etnográfica, principalmente quando desenvolvemos observação, vários são os objetos, registos e outros artefactos que incluímos nas nossas notas, fotografamos ou incluímos nos documentos para análise. Vários foram os objetos ou como refere Spradley (1980: 78), “as coisas físicas” que encontrámos no terreno de pesquisa e que mais tarde transformámos em documentos de análise. Esta informação permitiu-nos ainda complementar

dados essenciais para a compreensão do processo de autocuidado. Um dos primeiros documentos consultados foram os processos dos idosos, sendo esta consulta efetuada com o acompanhamento dos profissionais, regra imposta e respeitada, até porque grande parte desses mesmos registos só eram acessíveis em plataforma informática mediante autenticação.

Fotografámos ainda objetos que integravam os quotidianos de cuidados e nos permitiam ter acesso a dados que complementavam um dos objetivos que consistia em *compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com incontinência*. A aproximação a tal compreensão só seria possível mediante o descortinar da logística, atividades e objetos que enformavam os cuidados, isto é, era necessário estudar o material existente no ambiente de cuidados pois este constitui um elemento facilitador do entendimento da aculturação em contexto de cuidados de saúde (Brink, 2013; Ray *et al.*, 2013). Nesta sequência, o registo fotográfico de objetos como fraldas, pensos, toalhas e outros constituíram documentos essenciais de análise, para ilustrar o vaivém entre aquilo que era mobilizado para os cuidados, o significado que tinham para os atores e aquilo que a literatura indicava como adequado aos cuidados. Esta consulta e recolha de documentos atravessou o período de observação, sendo inicialmente explorados e descritos de forma alargada e posteriormente focalizados nas questões que emergiram da análise. Tal como recomendado por Spradley (1980: 82-83), cruzámos o espaço com o objeto, ação, atividade, evento, horário em que era utilizado / mobilizado, os atores envolvidos, objetivo e sentimentos, o que nos permitiu a imersão na simbologia, significado e ação nos quotidianos de cuidados ao idoso com IU.

Num contexto movimentado de ação como eram as UC, com a periodicidade de cerca de um mês, os casos renovavam-se, mas verificámos muitas semelhanças entre eles, associadas às patologias que frequentemente davam origem ao internamento. Tal como abordaremos na apresentação dos resultados, as patologias que davam origem às situações de dependência e por vezes à IU eram diversas, mas também redundantes tal como ilustram os relatórios da rede. À semelhança do explicitado, também começámos a verificar redundância na informação e as novas informações vieram confirmar as anteriormente colhidas e analisadas. Por isto podemos afirmar que se por um lado teríamos que finalizar o trabalho de campo por razões de logística relacionadas com a realização do relatório, por outro, também verificámos a saturação teórica e empírica (Guerra, 2006).

2.5 – O processo de tratamento, análise de dados e validação da informação recolhida

Qualquer investigação é desenvolvida no intuito de encontrar resposta para as questões de partida. Guiado pelas mesmas, o investigador mobiliza estratégias e desenvolve procedimentos na procura de informação que lhe permita através da análise, encontrar resposta às questões inicialmente colocadas. Por vezes estas questões vão sendo reformuladas, pois ao longo do caminho encontra realidades tão ricas que o obrigam a uma reinterpretação dos factos para poder prosseguir. Tudo isto envolve análise, porque como nos diz Spradley (1980), envolve pensamento e reflexão, efetuada em torno de um exame sistemático no intuito de encontrar as partes e as relações estabelecidas com o todo. Permite ainda reiterar padrões culturais sustentados na descrição dos comportamentos culturais, artefactos e conhecimento cultural. Também Leininger (2006) e Ray *et al.* (2013) ao referirem a necessidade de recorrer ao sistema O-P-R (observação, participação, reflexão) integrando ainda o DOI (domínios facilitadores da investigação), alertam para a necessidade da realização de uma análise progressiva que facilite a descoberta, as crenças, valores e práticas que estão subjacentes à cultura de cuidados.

Para encontrarmos estes padrões e posteriormente os domínios, analisámos vários tipos de dados, os oriundos do diário de campo, fotografias, e os dados das entrevistas. Face a esta panóplia tão diversificada, sentimos necessidade de adotar um suporte analítico, que nos permitisse efetuar a sistematização, para tal recorremos ao programa NVivo 11 Pro (QSR International: 2017). Este aplicativo permitia armazenar e organizar as diversas fontes, categorizar e classificar dados qualitativos, incluir ainda atributos para os quais era necessário mobilizar análise quantitativa. Tal escolha permitia-nos ainda cruzar facilmente os dados de métodos mistos, mapear ideias e domínios, explorar relações e extrair gráficos e figuras ilustrativas da análise efetuada. Mobilizando este recurso, quisemos seguir um método científico e rigoroso pelo que mais uma vez recorremos a Spradley (1980) seguindo os seis passos recomendados pelo autor:

1. Começámos por identificar relações semânticas, que procuravam explicar situações e estabelecer relações como por exemplo “As reuniões semanais” são reuniões que ocorrem na sala de trabalho e integram os membros da equipa multidisciplinar;
2. Preparámos “Nós” orientadores, baseados nos termos ou conceitos que fomos encontrando, bem como as relações que íamos estabelecendo, por exemplo, “Reuniões

de equipa” ocorriam durante o “acompanhamento e preparação da alta”. Fomos codificando os nossos dados, caminhando para os domínios tácitos que se encontravam subjacentes;

3. Seleccionámos excertos de notas de campo que incorporámos nos “Nós” ou categorias que identificámos;
4. Encontrámos termos semânticos que estabeleciam relação com os “Nós” / Categorias já identificadas e que estavam diretamente relacionados, como por exemplo “Acompanhamento” – “Dificuldades” e “Estratégias Mobilizadas”, incluindo nestes os excertos de dados constantes no diário de campo.
5. Repetimos a nossa exploração e refizemos categorias, aqui verificámos a necessidade de aprofundar as nossas observações e novos focos;
6. Elaborámos uma lista dos domínios reconhecidos, que nos conduziram à identificação de categorias culturais relacionadas com os sentimentos, crenças e práticas que conduziam à construção do autocuidado. Nesta fase deparámo-nos com inúmeras categorias que não eram de forma alguma objetivas, pertinentes ou exaustivas, requerendo avaliação posterior (Grawitz, 1984; Gil-Flores, 1994).

Na continuidade do trabalho de pesquisa, emergiram novos dados. Dando continuidade à análise, mais uma vez orientámos a mesma segundo as recomendações de Spradley (1980), mas socorrendo-nos também de outros autores que guiaram a sistematização (Grawitz, 1984; Miles & Huberman, 1984; Bogdan & Biklen, 1994; Gil-Flores, 1994; QSR International, 2017):

1. Revimos e identificámos domínios com base nas informações que dispúnhamos tendo emergido subcategorias;
2. Observámos novas similaridades e relações entre conceitos, que incorporámos em categorias e subcategorias, reorganizámos texto com excertos de notas oriundas do diário de campo e das entrevistas efetuadas;
3. Identificámos novos termos, categorias e subcategorias, que nos levaram à reflexão recomendada por Spradley (1980: 118) sobre o detalhe etnográfico;
4. Buscámos domínios mais alargados que incluíssem questões estruturais antes analisadas e os dados de todas as fontes;
5. Recorremos ao programa NVivo 11 Pro (QSR International, 2017) e começámos a sistematizar a Árvore dos Nós, articulando categorias e subcategorias;
6. Construímos “Memos” no programa, onde fomos efetuando anotações em torno das

nossas reflexões, integrando o encontrado no terreno e na bibliografia;

7. Incorporámos dados oriundos das observações seletivas e dos documentos analisados, alguns de carácter quantitativo, nomeadamente referentes a atributos dos atores em estudo e importantes para efetuar dimensões de contraste;
8. Refizemos a “Árvore dos Nós” domínios, categorias e subcategorias (Apêndice VI);
9. Efetuámos uma nova revisão sobre os dados, procurando regularidades e padrões, revimos “Nós” e articulámos com os “Memos” (Apêndice VII);
10. Efetuámos um inventário do caminho percorrido, incluindo todas as “Fontes de dados” constantes no relatório de resumo do projeto (Apêndice VIII) e a análise desenvolvida. Elaborámos uma matriz de investigação e análise, que funcionando quase como um mapa do conhecimento, nos permitiu sistematizar o percurso de investigação partindo dos objetivos do estudo e questões orientadoras, passando pelo percurso analítico incluindo as categorias e subcategorias que emergiram, até chegar aos domínios culturais (Apêndice IX).

Num esforço de síntese, para fazermos emergir os padrões culturais subjacentes à construção do autocuidado ao idoso com IU, realizámos:

1. Redução dos Dados – Após leitura cuidada, seleccionámos e agrupámos dados no sentido de encontrar agrupamentos temáticos, classificáveis e agrupáveis em categorias, que tinham subjacente um significado cultural e que nos conduziram ao terreno de pesquisa para nova recolha de informação;
2. Apresentação e Disposição – Tratou-se de uma fase mais operativa de transformação ordenação e apresentação dos dados, observando as regras inerentes à categorização, com vista à obtenção de respostas às questões de investigação, para tal os dados foram dispostos sob uma categoria ou subcategoria, tendo em conta o contexto em que foram produzidos, possibilitando desta forma a comparação e relação entre os vários conjuntos. Esta etapa facilitou ainda a sua utilização na elaboração do relatório;
3. Interpretação / Verificação de Conclusões – Esta etapa esteve subjacente ao longo de todo o processo de análise, numa tentativa de reconstruir o todo de uma forma estruturada e significativa tendo em conta os objetivos iniciais do estudo e as perguntas de partida.

Durante o processo de análise preocupámo-nos com a objetividade e pertinência das categorias, permitindo este processo a sistematização das mesmas, num procedimento de redução das inicialmente propostas e reconfiguração até chegar à “Arvore dos Nós” final.

Observámos ainda a validade, interligando os objetivos do trabalho, as categorias emergentes e o conteúdo incluído. Verificámos a exaustividade, assegurando a inclusão do contributo de diversas fontes de dados.

Também o rigor foi uma preocupação, tratando-se de um estudo qualitativo Streubert & Carpenter (2003), Leininger (2006), Brink (2013) e Ray *et al.* (2013) alegam que há critérios a observar no sentido da validade e fidelidade. Neste estudo procurámos respeitar e seguir os procedimentos metodológicos adequados, para podermos alcançar a realidade de modo fiel, executando também relatos claros e concretos, identificando algumas eventuais limitações que pudessem estar relacionadas com a temática, instrumentos de colheita de dados e metodologia utilizada. No sentido de obter maior profundidade do conhecimento, mas também de triangular dados, recorremos a várias estratégias para obtenção dos mesmos, nomeadamente, observação, entrevista e análise documental, durante a aplicação dos quais adotámos procedimentos rigorosos e evitando o enviesamento como já descrito. Relativamente à temática, também o recurso a vários informantes e perspetivas (Idosos/profissionais) constituiu recurso para assegurar a *credibilidade*. Durante o trabalho de campo procurámos validar com os profissionais e idosos as informações que recolhíamos. No intuito de colmatar as limitações metodológicas, além do já referido após a análise, discutimos os resultados com os enfermeiros coordenadores das unidades, com a nossa orientadora e com um membro da equipa da Comissão de Coordenação da RNCCI, pois estes poderiam observar o aludido por Leininger (2006: 22) como o *significado em contexto*.

Estes atores ou conheciam o estudo, auxiliando a análise da relação entre domínios e categorias, ou conheciam o contexto o que permitiu a discussão de resultados, no intuito de perceber se estes eram compreensíveis. Também os diálogos com os testemunhos privilegiados, os momentos de orientação e as apresentações que fomos efetuando do trabalho, permitiram verificar os padrões recorrentes ao longo do tempo. Por outro lado, observámos a *saturação* e só terminámos a colheita de dados quando encontrámos padrões repetidos. Também a *transferibilidade* foi observada, efetuando relatos rigorosos por forma a permitir a transferência do conhecimento sustentado nos resultados, para outras situações de cuidados que tenham condições culturais semelhantes.

Não podemos deixar ainda de acrescentar as discussões que tivemos com outros investigadores, não só em torno dos achados, como sobre o percurso metodológico numa tentativa de evitar distorções e mais uma vez efetuar o controlo da fidelidade. Esta discussão conduziu muitas vezes à partilha de perspetivas, mas também de bibliografia, que mais uma

vez permitiu o cruzamento com os nossos percursos e resultados espelhados no relatório aqui apresentado. Observando o rigor processual, o respeito pela ciência e por todos os envolvidos, fossem atores individuais ou coletivos, tivemos ainda em atenção os aspetos éticos que identificamos em seguida.

2.6 – Considerações éticas

A prática de enfermagem como referem Streubert & Carpenter (2002: 37) “enfrenta quotidianamente tomadas de decisão éticas e morais”. O International Council of Nurses (2011), Royal College of Nursing (2012) e Nunes (2013) realçam a obrigação de zelar pelos interesses das pessoas, não só quando se efetuam procedimentos clínicos, como quando participam na investigação. Devemos ter particular atenção quando lidamos com grupos vulneráveis como é o caso dos idosos. A avaliação da beneficência (fazer o bem), da não maleficência (não causar dano) avaliando os riscos previsíveis, a fidelidade salvaguardada pelo princípio da confiança, a justiça observando a equidade dos procedimentos, a verdade informando sempre os envolvidos e obtendo o seu consentimento livre e esclarecido, bem como assegurando a confidencialidade, salvaguardando a informação de carácter pessoal. Tudo isto deverá ser sempre presente durante o processo.

Nesta sequência foi sempre nosso propósito salvaguardar os princípios éticos observando a proteção e respetos pelas pessoas, para tal desenvolvemos procedimentos em três dimensões: com as organizações envolvidas, com os participantes e na condução do relatório

Relativamente às organizações, foram efetuados pedidos de autorização formais para a realização do trabalho junto das organizações envolvidas e das suas comissões de ética. Na Unidade Azul foi ainda assinado um protocolo de investigação¹⁴. Solicitámos parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo I) e à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo (Anexo II) tendo o nosso projeto obtido parecer favorável e sendo autorizada a realização do estudo.

Quanto aos participantes no estudo, participaram idosos e profissionais das unidades onde o mesmo decorreu. Procurámos desenvolver o nosso trabalho não provocando qualquer dano, por exemplo durante a nossa permanência no contexto, sempre que sentíamos ser

¹⁴ Não colocamos em anexo estas autorizações ou o protocolo assinado porque identificaria as organizações onde foi desenvolvido o estudo, mas iremos anexar o parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Alentejo, para o qual foi necessário juntar as referidas autorizações.

inoportuna a nossa presença, retirávamo-nos discretamente. Assegurámos o direito ao conhecimento, disponibilizando a informação tanto oralmente como sob a forma escrita contendo ainda os contactos da investigadora. O trabalho iniciou-se com a apresentação nas unidades e os profissionais aceitaram desde logo participar voluntariamente no estudo. Como também entrevistámos profissionais que exerciam funções singulares, sendo passíveis de identificação apesar da codificação, sentimos a necessidade de efetuar este esclarecimento e integrá-lo no formulário de consentimento informado, o mesmo foi aceite e não tivemos recusas de participação (Apêndice X).

Também os idosos que o integraram fizeram-no de forma voluntária garantindo assim o direito de autodeterminação. Sempre que um idoso foi convidado a participar, para que este o pudesse fazer de uma forma livre, não se sentindo condicionado pela nossa presença, foi sempre numa primeira fase abordado por um profissional (quase sempre pelo enfermeiro) que explicava o teor do mesmo e assegurava o seu consentimento (Apêndice XI). Só posteriormente entrávamos em contacto mais direto, voltando a enquadrar o trabalho, solicitando a autorização de participação e a assinatura do consentimento informado (Apêndice XII). Voltávamos a salientar que poderia retirar o consentimento em qualquer momento, sem que existissem quaisquer consequências. Garantimos a confidencialidade, explicando que a entrevista seria codificada.

Também porque constitui neste momento uma recomendação e para salvaguardar a confidencialidade dos participantes, neste trabalho as variáveis de atributo são sempre ilustradas divulgando os dados de forma agregada. Salvaguardámos com todos os participantes o direito à intimidade, não invadindo espaços como já salientámos e esclarecendo sempre que caso não quisessem responder a alguma questão por nós efetuada, eram livres para recusar ou para proferirem apenas a extensão de informação que considerassem adequada. Sempre que efetuámos gravações áudio foi também solicitada autorização. Tivemos atenção face à temática da IU, à probabilidade de ocorrência de situações sensíveis. Não vivenciámos nenhuma situação de risco em que tivéssemos que solicitar ajuda, contudo como se tratava de um tema íntimo, que poderia fazer emergir ou exacerbar sentimentos de tristeza ou outros, efetuámos sempre a ponte com os profissionais da equipa multidisciplinar, que se mantiveram atentos ao longo do processo. De referir que nestas unidades estavam presentes diariamente vários técnicos, incluindo psicólogos que acompanhavam os idosos que integraram o estudo.

Na condução do relatório e do estudo, a atenção sobre os aspetos éticos esteve

presente desde o início. Quando redigimos a problemática questionámos logo a relevância da mesma, através da revisão inicial da literatura, verificámos e continuamos a verificar que o estudo da IU é essencial para a melhoria dos cuidados ao idoso. Por outro lado, enveredámos por uma investigação qualitativa, sustentada numa abordagem etnográfica o que nos conduziu aos contextos de cuidados. As questões de partida reportavam-se à vida das pessoas, aos modos de ação e significados que atribuíam às experiências, pelo que era necessário salvaguardar procedimentos e condutas que respeitassem estas pessoas, tal como já ilustrámos.

Durante a revisão da literatura, transversal a todo o processo de desenvolvimento do relatório, procurámos incluir textos e estudos tradicionais e atuais, numa tentativa de transversalidade que sustentasse a temática em estudo, respeitando a autoria. Na metodologia procurámos ser fiéis aos procedimentos e os participantes incluídos no estudo, estes fizeram-no de forma voluntária, sendo equitativamente selecionados de acordo com os critérios inicialmente propostos. Todo o processo de colheita de dados ocorreu de forma clara e não oculta, sendo os procedimentos relatados de forma isenta. A análise de dados foi conduzida pelo investigador, mas observando procedimentos da validação e fidelidade, que conduziram aos resultados.

Ao longo deste capítulo, procurámos ilustrar o roteiro metodológico do estudo, para podermos avançar de forma sustentada para a compreensão de uma realidade. Optámos por retratar os domínios culturais que emergiram e deram origem aos capítulos seguintes, através não só da descrição, mas também da interpretação e explicitação das interações contextuais que encontrámos no terreno.

Capítulo 3

Enfrentando os desafios da incontinência urinária no idoso: O contexto, os atores e as estratégias de ação

*"A teoria do défice de autocuidado, tem servido para dar direção, significado e estrutura à prática de enfermagem, bem como para a emergência de contributos teóricos."*¹⁵

(Orem, 2001: ix)

¹⁵ "Self-care deficit nursing theory has served to give direction, meaning, and structure to nursing practice, as well as to emerging theoretic nursing sciences." (tradução da autora).

1 – O ambiente: Contexto de cuidados e os atores envolvidos

O envelhecimento da população, bem como as situações de comorbilidades trouxeram ao espaço público a necessidade de mobilizar respostas para fazer face às necessidades das pessoas em situação de dependência, seja esta temporária ou definitiva.

Foram criadas diversas respostas contemplando estruturas e atores numa estratégia inovadora como é o caso da criação da RNCCI. Nestes espaços prestam-se cuidados que procuram fazer a ponte entre o internamento hospitalar e o regresso ao domicílio, no sentido de promover o autocuidado, para que a pessoa possa voltar a casa. A maioria dos utentes que integram esta rede são idosos, como ilustraremos adiante. Costa (2006) há muito que nos alertou para o facto do processo de construção de cuidados ao idoso ser complexo, estando subjacente uma dialética permanente entre a idiossincrasia do indivíduo, a relação deste com o meio ambiente e a forma como constrói, reconstrói e desenvolve as suas potencialidades.

Descortinar o ambiente subjacente à interação estabelecida contemplando os contextos organizacionais, seria o início de um percurso que nos permitiria perceber o envolvimento dos atores nos cuidados, para posteriormente compreender também os porquês e as consequências para a promoção do autocuidado. Fomos cruzando o conhecimento enraizado no terreno, com o estado da arte e a análise, no intuito de conhecer como o corpo incontinente e vulnerável era incorporado e culturalmente vivido, como era gerido o espaço de si e do outro, e como era efetuado este cruzamento cultural numa esfera semiprivada do quotidiano de cuidados.

Esta análise observou o aludido por Spradley (1980) quando apontou a situação social em estudo no centro de um triângulo, cujos lados contemplavam o contexto, os atores e as atividades. As atividades ilustraremos mais à frente, quando nos referirmos aos modos de ação. Neste subcapítulo aludiremos ao contexto e aos atores. Da categoria **contexto** de cuidados emergiram as dimensões *espaço de cuidados* que contemplou o *imaginado* aquando da sua criação e o *real*, adaptado às circunstâncias. Ainda dentro do contexto, emergiu a dimensão *objetos e disposições*, num encontro ao também aludido pelo supracitado autor quando nos lembra que para compreender culturalmente uma situação social, os objetos e os tempos não podem ser dissociados dos espaços onde a situação ocorre e dos atores que a

integram. No que diz respeito aos **atores**, emergiram a *equipa multiprofissional*, que integrava o contexto de cuidados e os *idosos*, todos os atores que participavam nos diversos eventos, eram condicionados e condicionavam as interações através do cruzamento efetuado num *encontro de culturas* individuais, profissionais e organizacionais.

1.1 – O contexto de cuidados

A promoção da reabilitação, do autocuidado e do conforto são prioridades e desafios que se colocam nos quotidianos, onde é necessário prover cuidados para que as pessoas possam ser reinseridas de acordo com as suas necessidades. Em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de julho, foi criada a RNCCI (MS, 2006), que se destina a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade. Contudo, onze anos passados verificamos que a maioria dos seus utentes são idosos, sendo que em 2017 a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representou 85,5%, e com idade superior a 80 anos 50,4% do total (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde [DRS], 2017).

Esta rede congrega dois setores, a Saúde e a Solidariedade Social, num esforço de conjugação de políticas e setores públicos, com responsabilidades de intervenção na persecução da satisfação dos cuidados ao cidadão, tendo como centralidade as suas necessidades. Através das diferentes respostas que encerra, vem efetuar a ponte entre o hospital e os cuidados de saúde primários, provendo cuidados continuados integrados de convalescença, recuperação ou reintegração congregando esforços e intervenções de saúde e apoio social, mobilizadas quer nas unidades de internamento, quer no ambulatório.

A referenciação para a RNCCI pode ser efetuada através do hospital pelos profissionais de saúde com envio de proposta à Equipa de Gestão de Altas que avalia, confirma a informação e por sua vez reencaminha à Equipa Coordenadora Local [ECL]. Pode ainda ser efetuada através da comunidade, também pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar ou Unidades de Cuidados Personalizados que enviam proposta à ECL. As ECL são multidisciplinares, integrando pelo menos um médico, um enfermeiro, um assistente social e sempre que necessário, um representante da autarquia local.

A rede integra em ambulatório, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], incluída nas Unidades de Cuidados na Comunidade e as Unidades de Ambulatório Pediátrica. Em internamento, as Equipas de Apoio Domiciliário, Residências de Apoio,

Unidades Socio-Ocupacionais, Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos¹⁶. Segundo a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro (MFSSESS, 2014), que define as condições de instalação e funcionamento destas unidades. Destacamos as de internamento, uma vez que constituem o foco deste trabalho. Estas unidades destinam-se à prestação de cuidados de saúde e de apoio social a pessoas que necessitam, após episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamento no âmbito da doença crónica. Os cuidados são centrados na reabilitação, readaptação e manutenção das pessoas que se encontram em situação de dependência, visando a reintegração sociofamiliar.

As UC deverão garantir e proporcionar ao utente:

1. Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e apoio psicossocial adequados;
2. Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
3. Utilização adequada dos fármacos;
4. Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada;
5. Prestação de cuidados de higiene;
6. Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
7. Atividades de convívio e lazer;
8. Participação, ensino e treino dos familiares / cuidadores informais.

A avaliação do utente deverá ainda ser efetuada por uma equipa multidisciplinar, que identifica as necessidades durante as primeiras quarenta e oito horas, elaborando em seguida um plano individual de intervenção (MFSSESS, 2014: 4866-4867). Dado o interesse para este trabalho, caracterizamos a tipologia de convalescença. Segundo o Instituto da Segurança Social (2018: 7) destinam-se a atender pessoas que na sequência de episódio de doença, possam melhorar num período previsível de trinta dias. A UC assegura:

- Cuidados médicos permanentes;

¹⁶ As Unidades de Cuidados Paliativos, também prestam cuidados em regime de internamento e ambulatorio, inicialmente estavam integradas na RNCCI, mas tiveram autonomização em 2017, através da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, criada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro (Assembleia da República, 2012), não sendo já incluídos os dados que as caracterizam, no relatório do 1.º semestre da RNCCI.

- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico e social;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer;
- Reabilitação funcional intensiva

Pelas potencialidades que encerravam face ao processo de reabilitação, quisemos perceber como se construía e se desenvolvia aqui a promoção do autocuidado ao idoso com IU. Para tal foi necessário apreender o **contexto** onde se dava o encontro com os atores, a observação de pormenores relacionados com o espaço em si, os cuidados prestados e as interações estabelecidas foi essencial. Tal como aludido por Ribeiro (2012) o contexto de cuidados é determinante dos processos, é também organizador das práticas através das suas estruturas e princípios orientadores. É por vezes, como nos diz Duarte (2010), um espaço gerador de tensão e de múltiplas escolhas, variável na prestação dos diversos cuidados e incerto no seu tempo de duração.

Verificámos que a interatividade pessoa / ambiente erigia a ação, onde práticas e significados se cruzavam nos quotidianos de trabalho, mas também na cultura, sustentados nas perspetivas de Orem (2001) e Leininger (2006). Após a preparação prévia já descrita, que nos permitiu uma inserção sustentada no terreno de pesquisa, foi decorrendo o processo de observação. Apesar de diferenciadas em termos de tempo de funcionamento, UA (7 anos) e UV (6 meses), apresentavam semelhanças na estrutura, talvez devido aos vários normativos que as regulam. Quando ultrapassámos a entrada, verificámos que as duas UC possuíam uma zona de convívio com televisão, onde decorriam algumas atividades lúdicas, havendo um espaço comunicante com o refeitório e copa de preparação de alimentos. Integravam salas luminosas com janelas amplas e decoradas com cores alegres (azuis e amarelos). Ali existiam vários tipos de cadeiras, *objetos* expressivos da situação do utente que os ocupava (cadeirões reclináveis com rodas, cadeirões tipo sofá, adaptados aos cuidados a utentes com maiores défices funcionais e cadeiras comuns, utilizadas por aqueles que se tornavam mais autónomos), várias mesas de apoio com revistas, livros e jogos.

Ambas eram atravessadas por corredores amplos onde se distribuíam gabinetes de atendimento e atividades (médico, psicologia, terapias, direção / coordenação / reuniões, salas

de receção de utentes e cuidadores), vestiários, desinfeção, armazéns de material (clínico, consumo), quartos (individuais e duplos, com 21 camas na UA e 22 na UV com casas de banho integradas e adaptadas) de realçar que os quartos apresentavam janelas e detalhes de personalização e acolhimento, tais como frases e pensamentos com mensagens que incitavam à reflexão, otimismo e esperança, imagens de monumentos, flores e paisagens acolhedoras. Quando entrávamos nestes espaços, identificávamos ainda a presença de objetos pessoais dos utentes (molduras com fotografias, mantas, imagens religiosas, livros, trabalhos manuais). Estes espaços de cuidados foram *idealizados* no intuito de serem sustento de um cuidado confortador e promotor da reabilitação e independência.

No entanto verificámos que muitas vezes tinham que ser adaptados tornando-se mais próximos da *real* necessidade do idoso face à sua situação clínica, principalmente quando estes estavam inseridos num sistema totalmente compensatório. Estas estruturas incluíam ainda ginásios de reabilitação como fisioterapia e terapia ocupacional, tinham delimitadas as zonas sujas / limpas e possuíam serviço de farmácia, assegurado por farmacêuticos. Existiam ainda casas de banho perto do refeitório, adaptadas e equipadas com sistema de alarme, salas de convívio equipadas por forma a poderem ser adaptado às necessidades dos idosos e espaços como varandas amplas, jardim interior / exterior, acessíveis a funcionários e utentes.

À medida que a observação decorria, fomos apreendendo o espaço físico, constatando que a estrutura e *disposição* facilitavam a inserção no terreno, porque as salas de convívio onde os utentes permaneciam entre as atividades, refeições, tratamentos e outros cuidados, ficavam no percurso de acesso às salas de trabalho comum, tinham portas amplas (que corriam conforme as necessidades) para que a visualização fosse possível o que posteriormente se verificou ser importante na prestação de cuidados. Sempre que chegávamos às unidades a nossa presença era identificada, recebendo o cumprimento dos presentes. Contudo, nos primeiros tempos o acesso aos espaços mais íntimos e reservados de cuidados foi-nos vedado.

A privacidade era observada por todos no respeito pela pessoa e pelo corpo, a deslocação pelos corredores, permitia a observação de portas fechadas ou quando abertas, as cortinas estavam corridas. Alguns sentiram a nossa presença (auxiliares e enfermeiro), imediatamente saíram e disseram “bom dia”, “estamos nas higiènes”, compreendemos a mensagem de “não entrar”. (DC-UA)

À medida que o tempo ia decorrendo, a nossa presença tornou-se habitual, começámos por ser convidados para tomar café a meio da manhã, e posteriormente a almoçar no refeitório.

1.2 – Os atores envolvidos

A nossa presença nos contextos das UC permitiu-nos interagir com os atores, facilitando a análise das situações de prática de cuidados ao idoso com IU. Verificámos que as atividades quotidianas de trabalho eram efetivadas mobilizando equipas multidisciplinares que decidiam sobre as mesmas, através de interações mediadas na maioria das vezes pela equipa de enfermagem próxima do idoso, vinte e quatro horas por dia. Estas equipas no respeito pelo designado na Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro (MFSSESS, 2014) eram constituídas por Médico, incluindo Fisiatra, Psicólogo, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente Social, Terapeuta da Fala, Animador Sociocultural, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional e Pessoal Auxiliar. Na UA existia um Enfermeiro Especialista em Reabilitação tal como preconizado no supracitado normativo, a UV não integrava este requisito.

A abordagem efetuada neste subcapítulo aos *atores* tem por finalidade a caracterização da *equipa multidisciplinar* e dos *idosos*, integrando as *culturas individuais, profissionais e organizacionais* essenciais à compreensão deste processo. Só percebendo quem são e aprofundando as suas características poderíamos fazer a ponte para o processo de interação que quisemos trazer à luz, estudado através de um olhar onde cruzámos os saberes da saúde e das ciências sociais. No terreno, os profissionais estabeleciam interações no intuito de instituir o processo de cuidados, tendo em conta a estrutura, recursos e diretrizes organizacionais existentes, através do planeamento, execução e avaliação do Plano Individual de Intervenção [PII].

Verificámos que *culturas individuais e profissionais*, se cruzavam com as *organizacionais*, numa teia de cuidados que era tecida tendo em conta as necessidades do idoso, onde como nos diz Costa (2006: 153), a “experiência finalizada da ação do profissional que presta cuidados, assume contornos nos quais, domínios como a anatomia ou a fisiologia são ultrapassados circulando o ato profissional também ao nível da afetividade e da emoção”, acrescentado nós ainda, o respeito pela privacidade. À semelhança do espaço reservado aos cuidados diretos e íntimos ao utente, primeiramente o acesso aos espaços mais reservados de interação da equipa foi-nos travado, como já referimos, apesar dos profissionais manterem as suas rotinas mesmo com a nossa presença.

Chega o médico diretor de serviço, sorri, diz “esteja à vontade”, mas dirige-se à equipa de enfermagem e fecha a porta. (DC-UA)

No entanto, mesmo nestes primeiros tempos, mostraram-se sempre disponíveis para

responder às perguntas e esclarecer as dúvidas que foram surgindo.

Passado cerca de um mês, foi-nos permitido assistir às reuniões da equipa multidisciplinar, sendo consentido não só o acesso como a permanência mesmo quando eram discutidos os “casos”, realizado ou atualizado o PII. Apesar da evolução, procurámos não “interferir” demasiado, não entrávamos em espaços mais reservados ou falámos mais profundamente com um utente sem previamente ser efetuado um primeiro contacto pelo enfermeiro responsável pelos cuidados, mais tarde por outros técnicos da equipa que costumavam integrar as reuniões.

Com o decorrer do tempo, foi-nos até pedida ajuda ou opinião, lembramo-nos de situações em que estávamos na sala de trabalho comum e a TSSS nos perguntava se conhecíamos o Hospital X, Serviço Y onde um utente se deslocaria a realizar um exame. Uma fisioterapeuta que estava a realizar a dissertação de mestrado, solicitou ajuda para efetuar pesquisa bibliográfica e os enfermeiros, principalmente os mais novos começaram a estar alerta para a temática da IU, também solicitaram ajuda e informação em torno de assuntos como a relação IU e quedas e dermatite associada à IU. Contactámos com os diversos profissionais que constituíam as equipas (Quadro n.º 1).

Profissionais	Unidade Azul	Unidade Verde
Médico	6*	4**
Enfermeiro	13***	13
Técnico Superior de Serviço Social	1	1
Fisioterapeuta	2	3
Terapeuta Ocupacional	1	1
Terapeuta da Fala	1	1
Psicólogo	1	1
Animador Sociocultural	1	1
Auxiliar	13	16

* Há 2 médicos diariamente, os outros 4 estão em tempo parcial – inclui Fisiatra

** Há 1 médico diariamente na unidade os outros estão a tempo parcial – inclui Fisiatra

*** 1 dos enfermeiros é Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Quadro n.º 1 – Equipa multidisciplinar em tempo integral (Fonte: DC-UA; DC-UV)

A equipa multidisciplinar que integrava as reuniões semanais comportava pelo menos um técnico representante da categoria. Os enfermeiros e auxiliares destas unidades eram por vezes partilhados com outros serviços existentes nas instituições, os auxiliares, asseguravam também o serviço de limpeza e copa. De referir ainda que as unidades estavam

inseridas em instituições que disponibilizam serviços de apoio como por exemplo o administrativo quando necessário.

Ao longo do trabalho de campo contactámos com vários profissionais, que nos deixaram observar as suas intervenções, alguns destacaram-se pela proximidade, conhecimento da unidade e dos utentes, muitas vezes pelo tempo de serviço na mesma e pelo horário que efetuavam (nomeadamente o turno da manhã). Havia enfermeiros em ambas as unidades que efetuavam preferencialmente horário fixo (manhãs), constituindo-se os nossos testemunhos privilegiados pela interação que estabeleciam com utentes e outros profissionais, o mesmo aconteceu com os auxiliares. Os médicos com quem mais contactámos foram os Diretores das Unidades, pois eram também aqueles que ali permaneciam mais assiduamente e em horários mais alargados.

Pela temática do nosso trabalho, também obtivemos a colaboração mais estreita de um dos Médicos Fisiatras que cedo se disponibilizou a colaborar e se revelou muito útil para compreensão das estratégias, modos de ação e interações estabelecidas durante o processo de reabilitação do idoso. Os restantes técnicos permaneciam nas unidades durante a semana das nove às dezassete horas, revelando-se também na sua maioria colaboradores. Por estas razões estabelecemos uma interação mais estreita, com os nossos testemunhos privilegiados, sabendo que os seus pontos de vista seriam essenciais para a compreensão das dimensões às quais não tivemos acesso, queríamos aprofundar ou até triangular. 28 profissionais constituíram os nossos testemunhos privilegiados, apresentavam uma média de idades de 36,7 anos num intervalo entre 25 e 65 anos. Eram maioritariamente mulheres (17). A média do tempo de serviço foi de 13,5 anos num intervalo entre 4 e 38 anos, sendo que a classe dos profissionais de enfermagem apresentava a média mais baixa, de 7,2 anos num intervalo de 2 a 12 anos, não esquecendo que nesta média estavam contemplados os coordenadores das unidades (com 12 anos). Os médicos apresentaram uma média de tempo de serviço de 36 anos. No que diz respeito a habilitações literárias, dos técnicos 3 eram mestres, 14 tinham o grau de licenciado e pós-graduação, 7 eram licenciados e 4 tinham entre o 10º e 12.º ano de escolaridade, sendo os auxiliares o grupo profissional com menor habilitação literária.

Destes profissionais, os enfermeiros e uma das fisioterapeutas da UV revelaram-se primordiais na facilitação do acesso inicial aos Utentes Idosos com IU, contudo rapidamente tal começou a ser desnecessário, pois eram muitas vezes os próprios utentes que nos chamavam para conversar um pouco, gostavam de dialogar, talvez pela disponibilidade demonstrada para ouvir. Estes utentes eram maioritariamente idosos, à semelhança dos dados

disponibilizados no relatório da rede (ACSS – DRS, 2017), dos que integraram o estudo 16 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, apresentando uma média de idades de 76,1 anos, compreendida entre os 66 e os 88 anos, indo ao encontro da realidade referenciada no relatório de monitorização quando alude ao facto da população com idade superior a 65 anos representar 85,5% do total, sendo que destes 49% são do sexo feminino (ACSS – DRS, 2017: 18). Os idosos que participaram no trabalho foram internados por várias razões entre as quais predominavam o acidente vascular cerebral [AVC] e as fraturas (Gráfico n.º 1).

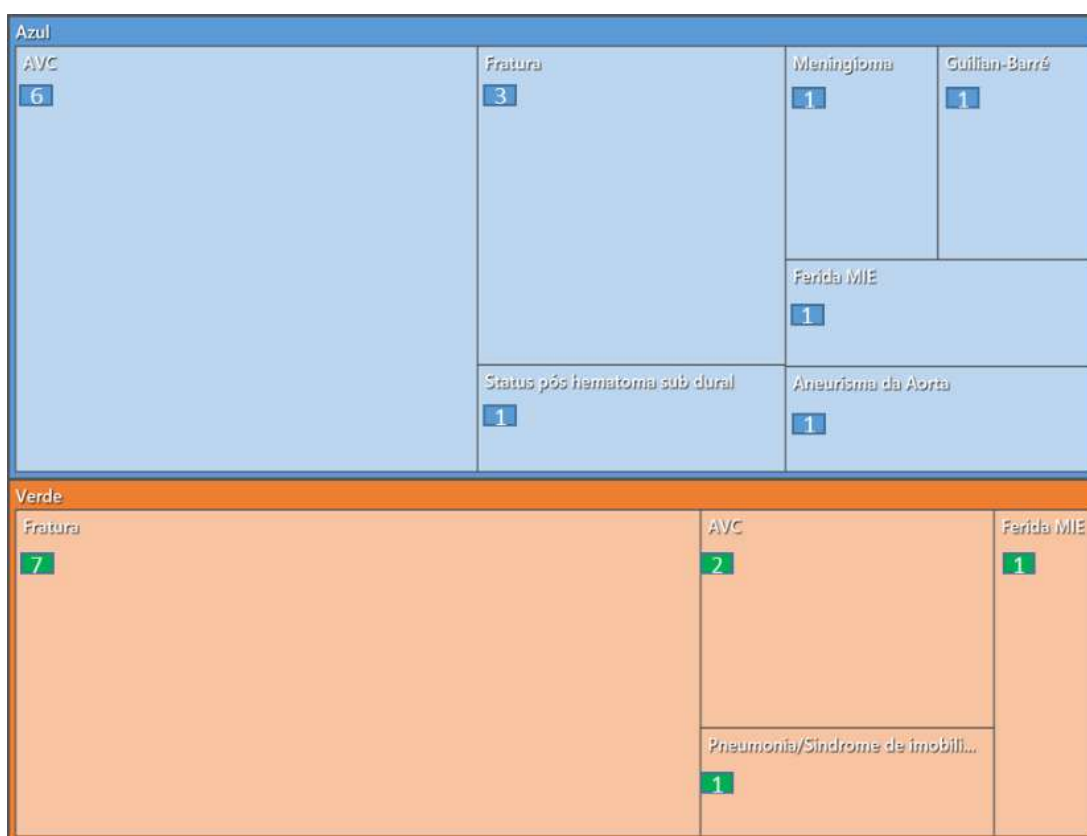


Gráfico n.º 1 – Motivo de internamento por Unidade (Fonte: NVivo 11 Pro)

Também aqui encontrámos semelhanças entre os nossos dados e os ilustrados no relatório de monitorização da RNCCI, pois os motivos de referenciação para as UC no 1.º semestre de 2017 foram 92% dependência nas AVD, 92% ensino utente / cuidador informal, 91% reabilitação e 36% cuidados pós cirúrgicos, sabendo que cada utente pode ter mais do que um motivo de referenciação. Como diagnósticos associados aos motivos de referenciação, mencionam o AVC com 14,7% relativamente à doença vascular cerebral aguda mas mal definida, 3,3%, doença vascular cerebral não classificável em outra parte ou mal definida e 1,8% como hemorragia intracerebral, seguido da fratura do colo do fémur com 9,1% (ACSS –

DRS, 2017: 47-48).

O Alentejo foi a segunda região do país que mais utentes idosos referenciou à rede, sendo que, da sua população com idade superior a 65 anos, durante o 1.º semestre de 2017, foram acolhidos 22,2% nas diferentes tipologias. Apesar destes números, existem ainda períodos de espera aos quais também esta região não escapa.

Tal foi reconhecido pelo elemento da equipa de coordenação que entrevistámos.

A rede tem neste momento 11 anos, 12 anos melhor dizendo, e em 12 anos a situação evoluiu consideravelmente, e uma das áreas que evoluiu, é que nós temos hoje mais pessoas dependentes e mais dependentes do que tínhamos há 12 anos atrás. (...) estamos aproximadamente a 50% do que foi definido em 2006. Estamos longe ainda de atingir o número necessário para que esta população tenha os cuidados que merece. (Coord_Rede)

Mesmo decorridos estes anos da criação da rede (ACSS – DRS, 2017; Lopes, Mateus & Hernández-Quevedo, 2018), evidenciam e retrataram esta realidade que mesmo proporcionando acesso universal, ainda não consegue suprir todas as necessidades, requerendo períodos de espera para que o acolhimento possa ser uma realidade, carecendo ainda de uma interação eficaz entre os diversos níveis de cuidados que referenciam para as unidades, no caso deste trabalho, as UC. Por esta razão, e ainda que a comunicação se efetuasse de forma eficiente, era necessário a realização de um acolhimento efetivo e eficiente para que a reabilitação e a construção do autocuidado fossem ao encontro das reais necessidades do idoso, uma vez que poderia haver um hiato temporal entre a referenciação e o acolhimento nas unidades, sendo primordial a aferição deste aspeto, antes de serem estabelecidas as intervenções a levar a cabo.

Neste capítulo abordámos o **contexto** de cuidados, o *espaço de cuidados* desde o *idealizado* ao *real*, onde *objetos* e *disposições* (dos objetos / atores) eram sustento da construção do autocuidado e mediavam as interações estabelecidas, emergindo enquanto dimensões que permitiram o aprofundamento do conhecimento. As mesmas, conduziram-nos aos **atores**, que integravam a *equipa multiprofissional*, médico, enfermeiros, diversos terapeutas, psicólogo, técnica superior de serviço social [TSSS] e pessoal auxiliar, que nestes contextos estabeleciam interações com o *idoso*, internado nas unidades, com diversas patologias, mas que no caso deste estudo, tinham em comum a IU. Idosos e profissionais, conviviam num contexto de cuidados conjugando *culturas individuais, profissionais e organizacionais* que mediavam as interações que aprofundaremos no capítulo seguinte. Num esforço de síntese e ilustração do ambiente de cuidados, incorporando o contexto, os atores e as dimensões que emergiram, elaborámos o esquema apresentado em seguida (Figura n.º 2).



Figura n.º 2 – O ambiente de cuidados: Contextos e atores envolvidos

2 – As interações: Os modos de ação e a construção do processo de autocuidado no idoso com incontinência urinária

A falta de controlo sobre o corpo é vista como uma traição por parte do mesmo, com implicações na independência, afetando o bem-estar daqueles que com ela vivem e também daqueles que os rodeiam. O Envelhecimento ativo e bem-sucedido está associado à manutenção da independência na realização das AVD e na tomada de decisão (Teunissen *et al.*, 2006; Brittain & Shaw, 2007; Smith, Braunack-Mayer, Wittert & Warin, 2007; Moore & Kelly, 2015). A literatura também diz que a IU tem diversas implicações na vida dos idosos, não só físicas mas também psicológicas que poderão ter reflexos no processo de reabilitação e promoção do autocuidado.

O descortinar das vivências da IU, através do aprofundamento da história do seu aparecimento e implicações na vida dos idosos e família, são primordiais no início de um processo de construção do autocuidado. A permanência do idoso na UC, lugar privilegiado para reabilitação, constitui uma oportunidade e um desafio para a promoção da continência urinária. As interações estabelecidas nos quotidianos de cuidados atravessam um espaço temporal com início no acolhimento, prosseguindo durante o internamento através de um acompanhamento multidisciplinar, até à preparação da alta. Para podermos compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com IU, foi necessário acompanhar este processo. Da análise efetuada emergiram três domínios que deram origem aos subcapítulos que desenvolvemos em seguida.

2.1 – O acolhimento e a origem da incontinência urinária: Significados e valores enquanto desafios da primeira etapa do processo de autocuidado

A visão detida sobre o corpo incontinente é muitas vezes oriunda da socialização e cultura, passadas de geração em geração, assim como os silêncios associados ao tabu. Por tudo isto, o conjunto de valores, o bem e o mal, reguladores de comportamentos onde se

associam sentimentos, deverão ser alvos da atenção dos profissionais quando se inicia a parceria com o idoso para a construção do autocuidado. A junção de saberes e competências é ainda essencial neste processo, mobilizando os diversos profissionais da equipa, que em colaboração com o idoso iniciam um processo que se quer virtuoso. A abordagem holística da IU através da construção de uma relação terapêutica sólida com o idoso mobilizando estratégias de gestão deverá ser iniciada o mais precocemente possível (Spencer *et al.*, 2017).

O **acolhimento** é a primeira etapa do processo de reabilitação e é aqui que toda a interação tem início e é também desta primeira etapa que derivam as intervenções. O conhecimento da história do idoso é extremamente importante, sendo esta uma das atividades alvo de atenção. É durante o acolhimento e posteriormente nos primeiros dias de internamento que profissionais e idoso interagem numa primeira descoberta sobre a **visão do corpo**, os **sentimentos**, presentes nos quotidianos de cuidados, as **implicações** da IU e a da própria **importância atribuída à IU**. Durante o trabalho de campo, assistimos a diversas situações de acolhimento.

Hoje avisaram sobre uma situação de acolhimento a que poderíamos assistir, pois a TSSS pediu autorização para tal. Quando o utente chegou, verificámos que se encontrava acamado e sonolento, vinha acompanhado pelo filho a quem foram efetuadas as questões e mais uma vez relembrado o objetivo da nossa presença. Novamente o filho autorizou a assistência. Na atividade de acolhimento, estavam presentes os seguintes atores: filho (o pai foi encaminhado para o quarto), TSSS, enfermeiras e a administrativa. Foi a TSSS que conduziu a reunião. A administrativa viu os documentos constantes do processo e os que seriam necessários incluir. Fizeram as primeiras questões: Nome, morada, profissão, etc. Cada técnico reuniu os documentos próprios que mais tarde integrariam o processo. A administrativa explicou a situação da roupa (cada doente veste a própria roupa), contudo a lavagem, se fosse efetuada na instituição, teria custos. Existia uma check-list de acolhimento que a TSSS seguiu, falou das boas condições da unidade e acompanhou o filho ao quarto onde já estava instalado o pai. Posteriormente ofereceu um guia de acolhimento, explicou todo o funcionamento e a necessidade de realização de vários procedimentos técnicos, solicitando autorização para efetuar os mesmos. O filho falou na dificuldade de transporte, no preço dos táxis, morava a 52 km de distância da unidade. O utente ainda tinha a esposa viva, também ela idosa que viria poucas vezes visitar o marido pela dificuldade de mobilização e também financeira. Perguntaram quais eram as expectativas relativamente ao internamento, respondeu “curar a ferida” O pai estava acamado há vários anos, foi referenciado de outra unidade. As enfermeiras consultaram o processo que veio da unidade anterior, nota de alta, escalas (Braden e outras). O utente foi referenciado por UP. Viram o plano de cuidados, terapêutica, etc., avaliação do risco de queda. As enfermeiras deram a escala de Braden ao cuidador para assinar, bem como a folha de terapêutica para conhecimento. Apresentava IU. (DC_UV)

No acolhimento eram efetuadas avaliações do utente através do diálogo estabelecido e da aplicação de várias escalas que integravam o processo, objeto essencial de registo e que

constituía de certa forma a sua *história*. Numa outra observação efetuada mais tarde, procurámos focar a atenção no seu conteúdo para o podermos compreender, para tal pedimos auxílio ao Enfermeiro Coordenador da UA que nos conduziu:

Este era constituído por:

1. *Nota de transferência efetuada no aplicativo da rede que depois é impressa e colocada no processo;*
2. *Check-list de acolhimento – contém todas as atividades a efetuar, salientou que o acolhimento era efetuado por pelo menos 3 elementos da equipa (médico, enfermeiro e TSSS, fisioterapeuta ou outro);*
3. *Dados do Utente e cuidador principal;*
4. *PII (Plano Individual de Intervenção), este plano contém as expetativas do utente à entrada, este que estou a consultar, doente em recuperação de AVC diz “sair daqui a andar”;*
5. *Escalas de avaliação – Mini Mental State, Escala da dor, Escala de risco de quedas, Notificação de incidentes, Situação Sociofamiliar de Gijon, Escala de Lawton (AIVD), Escala de Bradem (risco de úlcera de pressão), Escala de Bartel e Índice de Katz (AVD), MIF;*
6. *Processo médico;*
7. *Terapêutica efetuada pelo utente;*
8. *Notas de Enfermagem;*
9. *Medicina Física e Reabilitação;*
10. *Fisioterapia;*
11. *Terapia Ocupacional e Animação;*
12. *Terapia da Fala;*
13. *Nutrição. (DC-UA)*

Neste processo, todos tinham o seu espaço para registo. Procurámos ainda aprofundar a forma como era feita a avaliação do utente à entrada na unidade, nesta parte o enfermeiro coordenador esclareceu que todos eram avaliados pelo médico de medicina geral, pelo médico fisiatra e enfermagem, era a fisioterapia que depois referenciava para a fisioterapia, terapia ocupacional, ou outro. Percebemos que ali eram descortinadas ainda outras necessidades como as sociais. Verificámos que nem tudo era avaliado neste primeiro encontro e mais uma vez, tendo em conta as questões relacionadas com a IU, quisemos saber como esta era avaliada e validar as observações efetuadas para melhor compreender o início do processo, para tal recorremos aos testemunhos dos profissionais que entrevistámos.

E7_UV_Med1: Há casos que vêm já diagnosticados, outros pela utilização de fralda, porque é que as pessoas utilizam fralda, se é só por uma questão de comodidade ou se é mesmo por o doente estar incontinente. E depois também pela observação das primeiras horas, perceber se há realmente capacidade de fazer a retenção da urina ou não. (...)

Ent.: A tipologia da incontinência é diferenciada ou não?

Não. (E7_UV_Med1)

Por exemplo na IU pós AVC, estamos a falar de uma origem neurológica central chamada bexiga hipotónica, onde temos um programa de reabilitação que é diferente da incontinência ou por pós algaliação prolongada, ou por deficiente

funcionamento da musculatura, são técnicas completamente diferentes que são utilizadas e portanto, é importante tentar ver a causa para depois efetuar o tratamento adequado, porque não é igual, claramente. (E11_UV_Med2)

Em suma nós fazemos esta avaliação inicialmente [acolhimento e primeiros dias de internamento] e vemos o que se pode fazer. (E4_UA_Enf2)

É assim, normalmente não me apercebo no acolhimento ou percebemos só posteriormente, ou porque muitas vezes os utentes vêm do hospital, o internamento hospitalar que tiveram, o diagnóstico que levou ao internamento é que fez com que ficassem com IU, muitas vezes nem os familiares sabem. Depois do acolhimento e depois de alguns dias, é que nos apercebemos que o utente tem incontinência, (...) e tento perceber se os familiares sabem se não sabem. (E3_UV_TSSS_Focus)

No acolhimento realizava-se a avaliação do idoso, integrando diversos membros da equipa multiprofissional, abrangendo as dimensões *física, psicológica e social*. A atividade de vida eliminação era apreciada também nesta fase, no intuito de efetuar os registos no aplicativo informático da RNCCI (GestCare®) e preencher as escalas de avaliação. Contudo pelo observado e triangulado nos discursos dos profissionais, raramente a tipologia da IU era diferenciada, como ilustra a E7_UV_Med1 e posteriormente verificámos quando consultámos os processos. Também a avaliação inicial, nem sempre se mantinha, sendo alvo de reavaliação por parte da equipa, principalmente durante os primeiros dias de internamento.

Durante este período os utentes eram observados pelo Médico Fisiatra (que não estava diariamente na unidade, apenas a tempo parcial), pelo Enfermeiro Especialista em Reabilitação (UA), Fisioterapeutas e outros, que suportados na relação que iam estabelecendo com o utente, apuravam dados muitas vezes até desconhecidos pelas próprias famílias. Durante o trabalho de campo desenvolvido, pudemos verificar que a origem da IU estava relacionada com a patologia subjacente e como nos foi dito pelo Médico Fisiatra (E11_UV_Med2), tendo repercussões diretas em todo o processo de reabilitação e promoção do autocuidado. Verificámos que no caso dos idosos que integraram o nosso estudo, a *IU era resultante da doença súbita* que originou a referenciação para a UC ou em outros casos era antiga, mas na maior parte deles tinha *agravado com a doença*, sendo por vezes também acompanhada por incontinência fecal.

Depois de nascer o meu filho fiquei sempre a fazer uma pinguinha, mas não era muito, sempre a fazer uma pinguinha (...) ele tinha já três anos quando eu comecei a ter mais, e agora ultimamente tenho mais, tanto que eu ando aqui sempre com fralda porque está sempre a correr, sempre a correr, sempre a correr. (I9_UV)

Ent.: O senhor antes de estar doente [AVC] tinha perdas de urina?

I8_UA: Não, nunca tive.

Ent.: Foi só agora?

Agora é que comecei de vez em quando a ter perdas de urina, e não só na parte de

urina como também na incontinência por vezes das fezes. (I8_UA)

A atividade de vida eliminação era avaliada utilizando o Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) que incluía quatro níveis de classificação (1. Independente; 2. Meios / Incontinência esporádica; 3. Dependente de terceiros; 4. Incapaz / Não controla). Este instrumento foi posteriormente substituído em fevereiro de 2017 pela Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) com cinco níveis de classificação (0. Nenhuma deficiência; 1. Deficiência ligeira; 2. Deficiência moderada; 3. Deficiência grave, 4. Deficiência completa). Uma vez que os idosos que observámos e acompanhámos foram acolhidos antes de março de 2017, a classificação apresentada teve ainda por base o Instrumento de Avaliação Integrado (IAI), tendo os dados de classificação sido fornecidos pelos enfermeiros responsáveis das UC, após consulta do processo. Nove (9) apresentavam uma avaliação Incapaz / Não controla (7 UA, 2 UV), oito (8) era Dependente de terceiros (1 UA, 7 UV), oito (8) apresentavam Meios / Incontinência esporádica (6 UA, 2 UV).

O acolhimento tinha ainda por finalidade receber o utente e familiares, informá-los e envolvê-los no processo de cuidados, cumprindo assim os princípios tal como preconizado desde o início da criação da RNCCI, que advoga a necessidade da “Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal” (MS, 2006: 3858). Nesta etapa faziam-se as primeiras avaliações, onde se inclui a AVD eliminação e era ainda nesta altura que se verificavam expetativas, dificuldades e se estabeleciam pontes de comunicação para futuras interações.

Várias vezes constatámos que as *expetativas* dos idosos e por vezes também da família eram irrealizáveis, face à gravidade da patologia, sendo este um processo trabalhado ao longo do acompanhamento, que se cruzava com os sentimentos expressos, vividos e percebidos. Sendo a comunicação central, era nesta primeira fase que os técnicos viam a sua atuação condicionada pela **Visão do Corpo**, onde *silêncios e tabus* coabitavam com *crenças e culturas enraizadas*, sendo necessário efetuar um *controlo* sobre o *sujo, manipulando o corpo* para que este se *mostrasse* segundo as regras socialmente aceites.

O tabu foi avançado por Douglas (1991) quando se focou nas questões do corpo, da pureza e do perigo, do sujo e do impuro. Também Le Breton (2006) o fez continuando o entendimento para a necessidade do controlo do corpo que extravasava. Por sua vez Avery *et al.* (2013) quando estudaram as implicações psicológicas associadas à IU, bem como Heintz *et al.* (2013) ao abordarem o estigma e as microagressões vivenciadas por mulheres com IU, registaram a vivência do silêncio em torno de um tema que apesar da evolução social, ainda

persiste. As *crenças* transmitidas de geração em geração, mesmo com os avanços da ciência, mantêm-se numa coexistência cultural, onde esta é atribuída à *inevitabilidade do envelhecimento* e o *preço a pagar pela maternidade*.

No cenário das unidades onde permanecemos, constatámos esta realidade, observada e transmitida por idosos e profissionais.

Ent.: Ainda é muito escondido?

E13_UV_Enf4: Sim, é. E mais em pessoas mais novas, lá está.

Ent.: Já tiveram casos em que as pessoas não vos disseram e depois é descoberto ao longo do internamento?

Sim, já nos aconteceu. Porque nós a partir do momento em que o utente está orientado e nos diz “Não, eu não preciso de nada”, acreditamos, mas depois vamos ver a cueca, ou outra situação e vemos que está molhado e confrontamos, dizem “Ah tenho assim umas percazinhas”, tentam esconder. (E13_UV_Enf4)

As palavras da enfermeira foram corroboradas pela psicóloga e idoso.

(...) normalmente as sessões são individuais, no entanto não havendo essa exposição o assunto acaba por ser também muito tabu, eles não falam abertamente sobre o assunto, principalmente os homens. (E5_UV_Psi_Focus)

Olhe a primeira pessoa a contar é à senhora, além, da senhora enfermeira [A que contactou previamente com a doente, gestora do caso], nem à minha filha contei nunca nada. (I6_UV)

Posteriormente o médico fisiatra confirmou a situação do *silêncio* em torno do tema, remetendo ainda para a conformidade e aceitação

Muita vez a incontinência nem sequer chega ao médico de família. Muitas vezes aparece, o doente vive com ela, não a verbaliza por vergonha e depois posteriormente já faz parte da vida do dia-a-dia, já considerada quase uma variante do normal. (E11_UV_Med2)

Também foi corroborado pelos idosos que no seu discurso focaram *crenças e culturas* enraizadas no processo de socialização.

Então a minha história é esta: Eu estive para ser operada, mas quando fui chamada para a operação estava com uma gripe muito grande e desisti, era para ser operada em Évora, mas não sei o que houve depois que não cheguei a ser. Depois começaram a nascer os netos, comecei a cuidar deles e já não fiz mais caso. (...) Eu acho que isto é uma coisa hereditária, a minha mãe também tinha. (...) já “aclimatei-me”, é o termo, quando vou a um sítio qualquer já sei o que tenho que fazer e vou apetrechada. (I3_UV)

Associado ao silêncio em torno das perdas incontroladas de urina e à aceitação da inevitabilidade associada ao envelhecimento, hereditariedade e maternidade, a necessidade de controlo do corpo incontinente através da visão e da manutenção do limpo estavam presentes tanto na pessoa como no ambiente. Lopes (2013) chamou a atenção para as questões do

flácido e do sujo no que diz respeito aos produtos de eliminação no corpo envelhecido, contribuindo tais situações para uma visão mais suja da anciania. Talvez por isso a necessidade de *controlo da exposição* “do impróprio”, “dando a volta à situação”, mantendo o campo de visão e o olfato “limpos”, fosse presente no dia-a-dia destas unidades, observada principalmente por enfermeiros e auxiliares, mesmo quando se tratavam de utentes confusos.

Os cheiros, normalmente como funciono é tiro a fralda, meto dentro do saco de plástico, ato e vou logo pôr nos sujos no contentor, para não ficar no lixo do quarto por causa dos cheiros. Tentamos dar a volta à situação, o lixo sujo logo no sujo para não deitar cheiro. (E13_UA_Aux1)

Não é habitual felizmente, são situações que não conseguimos controlar no imediato, conseguimos depois remediar. Mas sim acontece principalmente em pessoas que estão desorientadas e têm alguma mobilidade, conseguem desapertar a fralda, e por vezes eliminam em sítio impróprio. Neste caso é mais constrangedor para quem está ao lado, do que para a própria pessoa que não tem muita noção do quanto isso não é correto. Há muito a acusação, “veja lá que fez isto e não pode”, falam entre eles, que não têm que estar ali, “vamos mudar de sala”. (E12_UV_Enf3)

Os profissionais sentiam a necessidade de manutenção de um campo de visão limpo e ausência de cheiros, assegurando o autocuidado num sistema totalmente compensatório. Ainda o receio de ser percebido o sujo e assim colidir com a ordem social, como aludido por Resende (1999), Avery *et al.* (2013) e Ferreira (2013), foi descoberto no observado e também nas palavras dos idosos. Face a tal situação, assistimos à necessidade de *manipulação do corpo*, para que este se mostrasse à sociedade sempre de forma limpa e apresentável.

Se me acontecer nem para lá vou. Vou à procura de quem me possa mudar a fralda e depois vou quando estou apresentável para as pessoas que estão. (I8_UA)

(...) é sempre desconfortável, para mim, é sempre desconfortável. Eu não gosto de sentir o cheiro em outras pessoas penso que as outras pessoas não gostem de o sentir em mim. (I10_UV)

(...) ainda há bocadinho uma senhora na higiene me disse “penteia-me bem, meta-me bonita” (E13_UA_Aux1)

Várias foram as situações em que verificámos por parte dos idosos, enfermeiros e auxiliares, a preocupação com o aspeto. A expressão “Temos que estar apresentáveis” era utilizada frequentemente, havendo um cuidado especial quando se aproximava a hora da visita. O conforto e sentirem-se admissíveis perante a exposição pública, era muito importante ainda que por baixo da roupa continuassem a usar medidas de contenção. Verificámos ser urgente manipular o corpo que apesar de dependente se deveria mostrar controlado para se poder apresentar na sala, receber os amigos e a família, não se podendo perceber que “tinha

sempre urina a correr”, tinha a “fralda”, daí também a necessidade de tomar “banho muitas vezes”, como retrata a nuvem de palavras obtida da análise deste Nó (Figura n.º 3).



Figura n.º 3 – Nuvem de palavras no Nó “Visão do Corpo” (Fonte: NVivo 11 Pro)

Além do receio de ser percebida, a IU tem outras implicações psicológicas e sociais, podendo até muitas vezes ser acompanhada de estados depressivos (Avery *et al.*, 2013), exercendo efeitos significativos no bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Estes autores salientam que o conhecimento dos diversos fatores psicossociais, é essencial para se poderem melhorar os cuidados. Também Lopes (2013) focou no seu trabalho as questões da vergonha relacionada com o sujo e os produtos de eliminação corporal. Assim, foi nosso intuito, dentro dos significados que os atores tinham sobre o corpo incontinente e os seus cuidados, apreender os sentimentos que eram subjacentes.

Vários foram os **sentimentos** manifestados, desde a *vergonha sentida*, retratada nas palavras dos idosos e *percebida* pelos profissionais e outros utentes, vergonha pela dependência que acarretava muitas vezes *pedidos de desculpa*, vergonha ainda da exposição do corpo, principalmente quando este era cuidado por um profissional do sexo oposto, a *tristeza* pelo estado, acompanhada do sentimento de *perda de dignidade*. Ali coexistia também o *medo* de não recuperar, da exposição pública por perdas que ocasionassem a exibição e de todas as *consequências* futuras.

Não podia ser logo operada e colocara-me uma tala, um peso muito grande. Resultado, fui ao hospital e tinha que ser algaliada. Para mim isso foi uma perda muito grande da minha dignidade. (...) Mas sabe, isso interferiu muito com a

minha maneira de ser, sinto-me quase como um farrapo humano quando elas me vêm tirar as fraldas. (...) Para mim tem sido um pouco difícil, porque quando faço e depois as chamo eu digo “Ai desculpem, tanto que me custa isto” e elas dizem “ai é o nosso serviço”, mas no outro dia ouço dizer “Ai a Senhora fez tantas vezes” e isso eu digo “desculpe, eu não contei as vezes, contei as vezes que as magoei, mas não contei as vezes que fiz”, é muito difícil. (I5_UV)

A exposição e a vulnerabilidade sentida pelos idosos eram manifestadas pelo sentimento de vergonha.

Realmente incomodava-me quando elas vinham de manhã para ver se eu estava bem e eu estava toda suja, e era uma vergonha para mim. (I12_UV)

Vergonha percebida pelos profissionais que muitas vezes ouvem o pedido de desculpa dos idosos, por uma situação que não são capazes de controlar.

*E9_UV_Aux1: Ficam incomodados, ficam muito incomodados, claro.
Ent.: Eles manifestam esse incómodo, quando fazem na roupa?
E9_UV_Aux1: Às vezes, porque pedem desculpa.
Ent.: Pedem desculpa?
Pedem, com muita frequência, “ai desculpe lá”. (E9_UV_Aux1)*

A necessidade de manutenção da atividade, vitalidade e dignidade dos mais velhos, foram evidenciadas em diversas iniciativas Europeias e da Organização Mundial de Saúde enquanto essenciais para a promoção de um envelhecimento ativo (WHO 2015a, 2015b). Tais premissas são colocadas em causa quando os idosos aludem à sensação de perda de dignidade e também à tristeza causada pela dependência, que conduz ainda por vezes à sensação de perda de identidade.

(...) eu chorava muito, custava-me, nós perdemos completamente a nossa identidade, para mim foi muito difícil, terrível, terrível (I15_UA)

*I8_UA: Agora é que comecei de vez em quando a ter perdas de urina, e não só na parte de urina como também na incontinência por vezes das fezes.
Ent.: E como se sente com isso.
I8_UA: Sinto-me muito mal, eu sempre fui uma pessoa que chegava à altura e ia fazer as necessidades e agora não sou capaz sozinho, agora tem que ser sempre fralda (...) Muito desconforto, muito, muito.
Ent.: Em que sentido?
No sentido de perdermos a nossa autonomia, autonomia total e temos que ir pedindo. (I8_UA)*

Estas palavras são corroboradas pelas dos profissionais, que no dia-a-dia com eles contactam.

Casos que apanhamos aqui de utentes mais novos, especialmente AVC (s), nem é tanto o dizerem é o sentimento de incapacidade pelo que aconteceu “porque é que não consigo nem ir ao WC, tenho que pedir ajuda” e é um constrangimento para

os utentes. (E12_UV_Enf3)

Eu penso que não lidamos nunca bem com a questão da dependência, uma vida inteira estamos habituados a sermos donos de nós mesmos e chegarmos a uma altura da nossa vida em que o nosso corpo começa também a ter alguns défices, a apresentar algum comprometimento, e é muito difícil começar a perceber que dependemos do outro, dependemos do outro para comer, para ir ao WC, dependemos do outro para nos vestirmos, (...) lidar com a dependência, é muito difícil. (E9_UA_Psi_Focus)

A este desconforto e vergonha está também por vezes associada a exposição do corpo a profissionais do sexo oposto.

Cerca das 11.30 vem da fisioterapia acompanhado por uma auxiliar, avista o Auxiliar X e chama-o, diz “Quero ver a fralda”. Confirmamos com o enfermeiro coordenador que diz “Aceita bem os cuidados de enfermagem, fisioterapia, etc., mas higiene, transporte e eliminação chama o Senhor X sempre que está de serviço. (DC_UA)

Aconteceu-me hoje, por exemplo, uma utente do sexo feminino à qual fui fazer a higiene, e a pessoa ficou, não digo transtornada, mas mais sensível ao ter sido lavada por um enfermeiro, um profissional de saúde do sexo oposto. Isso não é fácil, porque colaboram menos, e depois porque um possível pedido para ir ao WC fica reduzido porque não querem pedir, não querem essa ajuda do sexo oposto. (E12_UV_Enf3)

Este constrangimento é também referido pelos profissionais, que referem o facto de interferir nos próprios cuidados, dificultando o diagnóstico da situação.

Claro que sim, é assim, eu por exemplo tenho um handicap muito grande, eu como homem, no caso do doente com AVC mulher, há alguma dificuldade em obter colaboração da doente no sentido de verbalizar queixas, de verbalizar situações de IU e até mesmo no exame objetivo, por questões culturais. Se calhar uma médica fisiatra terá mais facilidade. (E11_UV_Med2)

Também medo da exposição é permanentemente presente.

(...) foi pelo Natal, foi a primeira vez que me aconteceu isso, estava eu em casa da minha filha, fui lá passar o Natal com ela, e acontece-me isso. E eu digo assim aí valha-me Deus, agora vou para lá e faço xixi na cama, o que é que eu faço à minha vida. (I12_UV)

Despertos pelo aludido por Charalambous & Trantafylidis (2009), Avery *et al.* (2013) e Faria *et al.* (2014), ficámos alerta para os sentimentos evidenciados. Da análise efetuada, verificámos que a maioria das fontes de dados contribuiu para este Nó como podemos observar na Figura n.º 4, havendo ainda ligações a outros que ilustraremos à frente, revelando a importância que os sentimentos manifestados e percebidos poderão ter não só na avaliação inicial como referiu o E11_UV_Med2, como também nos restantes cuidados ao idoso.

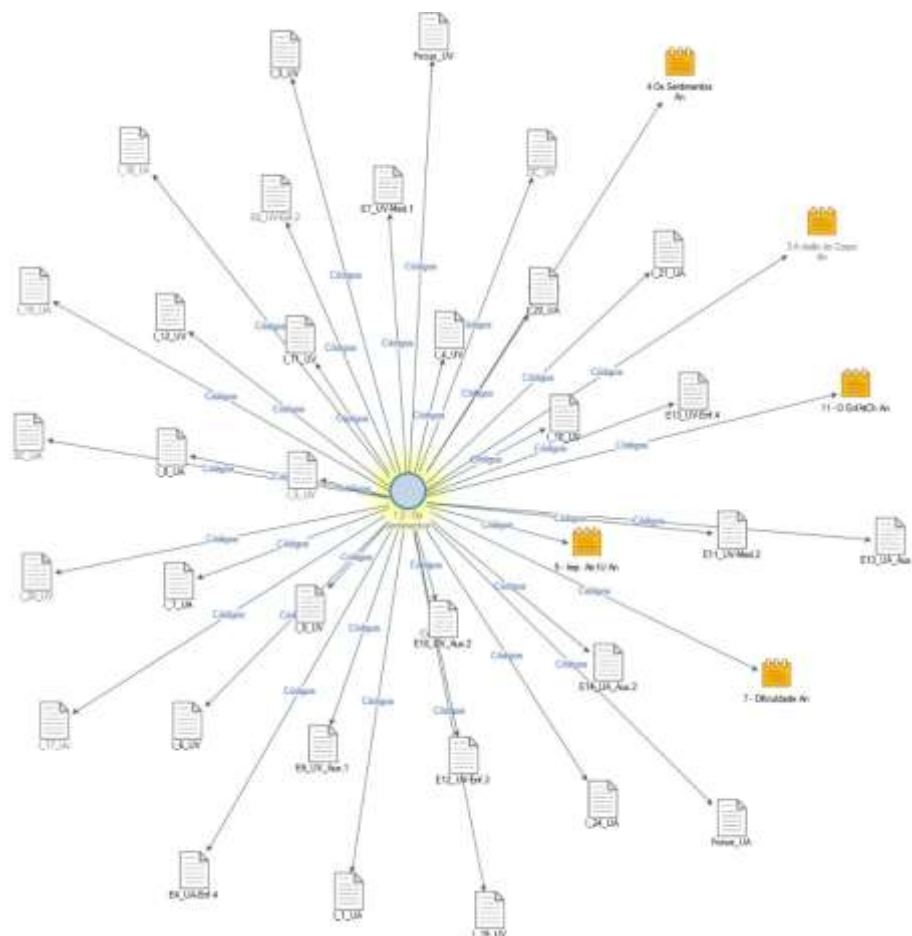


Figura n.º 4 – Fontes codificadas no Nó “Sentimentos” (Fonte: NVivo 11 Pro)

Durante o nosso trabalho de campo deparámo-nos também com idosos, que pelo seu estado de confusão, não manifestavam desconforto, contudo até aqui era necessário estar atento, não só pelo respeito por estes como pelos que com eles partilham espaços.

Nós temos populações diferentes na convalescença, neste momento temos pessoas muito idosas, que algumas já não têm desconforto nenhum, temos também algumas pessoas que não estão adequadamente referenciadas, e nessa situação esses mais idosos não mostram propriamente desconforto. Nos grupos etários menos idosos, ou seja pessoas entre os sessenta, setenta e cinco anos, há algumas pessoas que manifestam grande descontentamento, não só por terem que usar fralda, mas por se terem que expor, pronto, pela própria dependência em si”. (E7_UV_Med1)

A UC é vocacionada para a reabilitação, contudo por vezes verificámos que também eram referenciados utentes com escassas possibilidades de reabilitação funcional, incluindo a promoção da continência urinária. No entanto a preocupação e o cuidado era também dirigido, até para prevenir o agravamento do mal-estar, sendo encarado como forma de promover o conforto.

Ent.: Manifestam algum sentimento pelo facto de estarem com perdas?
E13_UA_Aux1: Depende de utente para utente, se está orientado, já temos

tido casos que sim, nós apercebemo-nos, nós já sabemos a patologia do senhor ou da senhora e tentamos que o melhor para o outro utente não se aperceber que ele tem aquela situação. Às vezes o que notamos mais é, levantamos o senhor da cadeira de rodas e o resguardo está molhado, ou a fralda e se há algum utente que vê, eles ficam um bocado preocupados “Ah, a senhora do lado já viu que eu fiz chichi” e nós tentamos compor o nosso boneco para eles não ficarem tristes.

Ent.: Eles verbalizam isso?

Quando as pessoas estão orientadas sim”. (E13_UA_Aux1)

Também aqui tal como encontrado por Lopes (2013), a repulsa era ausente, sendo encarada a higiene do corpo sujo como normal, fazendo parte das funções a que já se habituaram.

Para mim já é normal, não sinto aquela repulsa, é normal limpar. (E13_UV_Enf4)

A interação corpo / mente há muito que é discutida no decurso da atuação na área da saúde pela compreensão necessária da vivência do corpo na sua dimensão simbólica, pois este é sempre veículo de comunicação (Resende, 1999; Ferreira, 2013; Lopes, 2013). Ainda que se faça de forma não-verbal, torna-se necessária a compreensão também da mente, do pensamento e dos sentimentos, numa tentativa contrária às tendências cartesianas com aproximação ao cuidado holístico. Gerir a eliminação corporal numa situação de dependência, onde se associam sentimentos e visões desfavoráveis trazem certamente à ribalta dos quotidianos de cuidados, constrangimentos para os quais a compreensão é necessária.

Todos estes fatores têm reflexos e interferem na capacidade de reabilitação e promoção do autocuidado ao idoso com IU. Tal como verificámos nos trabalhos de Charalambous & Trantafylidis (2009), Avery *et al.* (2013), Faria *et al.* (2014) e Moore & Kelly (2015), a IU tem várias implicações ao nível físico, psicológico, sociocultural e económico que variam muito tendo em conta o ambiente onde o idoso se insere. Por isso, quisemos apreender a par dos **sentimentos** quais as **implicações sentidas e vividas**, podendo estas ser as anteriores ao internamento na UC, as presentes e as que perspetivavam. Foram relatadas diversas implicações, desde as *psicológicas, físicas, sociais e económicas* que cruzavam nos discursos com a visão do corpo e os sentimentos já apresentados.

As implicações sociais, cruzaram-se com a necessidade de esconder as medidas de contenção e as consequências físicas.

Quando vou sair, levar fato mais... pelo menos as calças, que se usa agora mais, levar o mais largo possível, para me sentir (...) confortável e depois o penso. Se saio para qualquer lado com calças mais apertadas, claro que torna-se mais difícil, nesse dia à noite, se me sentir “assada”, mais (I10_UV)

Muitos dos idosos têm pensões baixas, o que dificulta a aquisição de medidas de

contenção mais caras.

Em casa ando com um penso grande e uma cueca minha. À noite ponho uma fralda para ficar mais firme, para não sair. Quando saio visto uma cueca fralda para estar mais firme, para não sair. São caras, mas eu há uns tempos pedi à Assistente Social para dar uma ajudinha. (I19_UV)

A IU condiciona o dia-a-dia, tendo os idosos que tomar medidas acrescidas de prevenção e contenção.

Quando tenho tosse também, mas às vezes urino-me pelas pernas abaixo, ainda agora quando fui à casa de banho, pensei, “tu queres ver que já me urinei” (...) tenho que vir logo a fugir, se não urino-me toda. (...) Se vou à cidade, se entro numa pastelaria ou vá a casa de alguma amiga digo logo, “olhe, dá-me licença de ir à casa de banho?” para mudar de penso e assim. Porque às vezes a urina cheira mal, penso que é dos medicamentos que tomo. (I6_UV)

Por vezes a todos estas repercussões associam-se as vivências familiares, quando analisámos os sentimentos, observámos uma situação de medo de ser descoberto pela família numa ida à casa, contudo estas vivências ultrapassam estas fronteiras chegando às relações conjugais e contacto sexual. Tal como já tinha avançado Avery *et al.* (2013), também nós verificámos no terreno esta interferência.

Pois, ir à rua ou estar a conversar e eu com a vontade de ter de ir fazer “chichi” e estar ali “Olha, espera ali que já venho.”, mas quando chegava à casa de banho já ia toda “mijada”, corria. (...) Evitava esse convívio, fugia. (...) Pois, cada um faz o seu. E ele dorme numa cama e eu durmo noutra, desde que comecei a fazer “chichi”. Antes não, desde que comecei a fazer. (I9_UV)

Constatámos a existência de várias implicações no dia-a-dia destes idosos, implicações essas que poderiam ter repercussões no próprio processo de cuidados e sobre as quais era necessária a atenção dos profissionais desde o início do internamento.

Verificámos junto destes as suas perspetivas, quer observando a abordagem inicial, quer mais tarde estabelecendo entrevistas mais formais. Os profissionais triangularam estas implicações.

Sim, claramente, disso também não tenho dúvida nenhuma, e interferência séria, nem sequer é moderada, é interferência séria, há muita gente que vê afetada a sua vida social e familiar por situações de incontinência. (E11_UV_Med2)

Foi-nos transmitida a compreensão da situação, por se tratar de uma *perda* que é necessário compreender e sobre a qual teria que se intervir.

Eu acho que aqui, a questão da incontinência vem muito para além daquilo que temos estado a falar, trata-se de uma perda e as perdas, seja a nível de estar mais dependente, seja a nível de não conseguir controlar os esfíncteres e a própria patologia em si, leva a um estado psicológico de perda, de luto, de situação que eles têm dificuldade em lidar. (E9_UA_Psi_Focus)

É um problema que afeta muito os doentes e como médico é muito importante avaliar para perceber o que se pode fazer para ultrapassar a situação, e não aceitar pacificamente a situação. A primeira coisa é efetuar sempre o despiste de uma infeção (...). Isto é a primeira questão, claro, e depois, como disse a Dr.ª Psicóloga é avaliar a situação de dependência com tudo o que isso significa da destruição da independência e da personalidade do doente. O doente fica muito triste, muito incapaz. Aqui como temos os doentes algum tempo, tudo o que pudermos fazer para tentar minimizar e ultrapassar a situação, tem que ser feito. (E1_UA_Med_Focus)

Do processo de acolhimento e dos primeiros dias de internamento, fazia parte o conhecimento da perceção do que o doente estava a sentir e da forma como a situação o estava a afetar, através do estabelecimento de uma relação de confiança, que por vezes era difícil de construir em torno dos silêncios e da vergonha manifestadas pelos utentes.

Em primeiro lugar acho que há aqui uma questão muito importante que é o conhecimento do eu, a pessoa tem que conhecer muito bem o seu corpo. Depois é muito importante estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança (...) para nós percebermos de que forma isto está a afetar o dia-a-dia desta pessoa, quais são as atividades que a pessoa deixou de fazer, ou faz de outra forma, e a partir daí conseguirmos arranjar estratégias para ajudar a pessoa nesse sentido. A pessoa conhecer-se e a existência da relação de proximidade que não é fácil, muitas vezes, porque há muita vergonha. (E7_UA_TO_Focus)

A perceção dos “sentires” do utente era primordial na perceção das implicações, verificando-se a preocupação com a prevenção, até para que se fosse ganhando a sua confiança.

Acho que é prejudicial em dois aspetos, é prejudicial porque é limitativo, limita-os naquilo que eles precisam de fazer para aquilo que a maior parte vem, que é para ganhar autonomia nas AVD, e é muito limitativo na imagem, porque muitas destas pessoas têm um contacto, ou um contacto mais sério ou mais dependente com a incontinência no episódio que as trouxe cá. (E4_UV_Enf1_Focus)

Com o avançar do internamento, há situações que os profissionais começam até a “perceber nas entrelinhas”.

Eles normalmente pedem, alguns não pedem nada, mas sentem-se incomodados à mesma, a gente ao chegar percebe, (...) pelo aspeto da cara, ou então fazem assim um gestosinho [encolher de ombros] a gente percebe logo [que estão sujos]. (E14_UA_Aux2)

Nos quotidianos das unidades, verificámos que todos estavam despidos para a situação da IU no idoso, contudo, antes de perceber os modos e a ação subjacente à construção do processo de autocuidado, era importante saber qual a importância atribuída à IU, uma vez que a literatura (Regat-Bikoï *et al.*, 2013; Nyman *et al.*, 2017; Artero-López *et al.*, 2018) nos diz que a IU não constitui ainda uma prioridade de cuidados, já French *et al.* (2017) alertam para o facto da formação detida pelo pessoal e perceções sobre a eficácia do

tratamento, poderem constituir barreiras às intervenções comportamentais a desenvolver. Apurámos no terreno, que também no contexto em que realizámos o nosso trabalho, o mesmo se verificava. Apesar de reconhecerem a importância da IU e as implicações que poderia ter na qualidade de vida dos utentes e familiares, tanto os idosos como os profissionais não a consideravam prioritária, valorizando antes de mais a atividade de vida mobilização. Logo nas primeiras observações que efetuámos colocámos em diário de campo a seguinte anotação.

À entrada este utente necessitava de ajuda total em todas as AVD. Motivo de internamento: melhoria da funcionalidade. Expetativa do utente: Melhorar tudo. Expetativa da família: Sair daqui a andar. Objetivo principal da Intervenção de enfermagem: Estímulo do utente para o autocuidado. (DC_UA)

Com o passar do tempo fomos focalizando a observação e efetuando entrevistas, tendo inclusive na UV apurado o mesmo, numa conversa mais informal com um dos enfermeiros.

A preocupação do utente é “andar” e da família também, todo o processo de reabilitação anda à volta disso e o resto [percebo que se refere à recuperação da continência], vem depois. (DC_UV)

Os idosos confirmaram.

É um incómodo [IU], mas preferia poder andar. (I16_UV)

O mais importante para mim seria o andar, mas se conseguir também controlar [a urina], já não é nada mau. (I8_UA)

Foi-nos reconhecido o facto da IU ser por vezes descurada, apesar da interferência no processo de reabilitação, tal como aludido nos estudos anteriormente referenciados.

É importante e é muitas vezes descuidado a questão da IU na reabilitação seja ela de patologia osteoarticular, neurológica, síndrome de imobilidade. (E11_UV_Med2)

Não é uma prioridade, até porque os utentes ainda têm muito aquela ideia de que a incontinência já é deles e não lhe dão a devida importância e nós, o utente está ali por 30 dias e está ali para reabilitar e muitas vezes também não lhe damos a devida importância. (E13_UV_Enf4)

A necessidade de ser efetuado um bom diagnóstico da situação, mesmo tendo que ser ultrapassados os vários obstáculos impostos pelos silêncios, valores e atitudes, para se poderem prestar bons cuidados, é salientado na literatura (Nazarko, 2012b; Abrams *et al.*, 2013; Regat-Bikoï *et al.*, 2014; Nyman *et al.*, 2017). Apesar da IU não ser uma prioridade, está patente nos discursos dos profissionais a necessidade de ser efetuada uma avaliação adequada e continua, com início logo no acolhimento. Conscientes da implicação que poderá ter nos modos de ação, durante o processo de reabilitação e promoção do autocuidado, é ainda nesta fase que começam a emergir as situações que irão condicionar os mesmos.

Quando o doente entra, fazemos a admissão e todos participam nessa admissão, todos os técnicos. No que diz respeito mais especificamente à questão da enfermagem, nós temos uma admissão em que contempla a atividade de vida eliminação e neste sentido verificamos o que está a acontecer com este doente nesta AVD. Questionamos se o doente consegue ou não controlar o esfíncter e mediante esta avaliação, definimos a nossa intervenção em termos de eliminação. (...) às vezes a IU é só ocasional e portanto nestes casos a maior parte das vezes são mais fáceis de resolver. Quando têm por exemplo uma bexiga desinibida é que são coisas mais complicadas. (E11_UA_Enf3)

Em primeiro lugar acho que é muito importante a questão da IU porque é um dos fatores que nos prejudica muitas vezes em termos de execução de técnicas, na reabilitação de um doente. Para além dos riscos que lhe estão associados, processos infecciosos, como por exemplo as dermatites. (E11_UV_Med2)

A visão e significados atribuídos à IU enquanto primeiro desafio do processo de autocuidado, era presente, no entanto vários foram os cenários encontrados e que se impunham nos quotidianos tornando-se condicionadores das interações estabelecidas. Durante a primeira etapa deste processo, o acolhimento, verificámos que inicialmente era efetuada uma avaliação multidimensional do idoso. Envolvia o historial clínico onde se incluía a apreciação da atividade de vida eliminação e consequentemente presença de IU, fosse esta consequência da doença ou agravada pela mesma. Logo aqui surgiam os primeiros desafios, tendo em conta as expectativas manifestadas pelo idoso ou cuidador e as reais potencialidades de reabilitação. Nesta sequência, a visão do corpo sujo e envelhecido era presente. A esta visão associava-se o receio da denúncia e da exposição do corpo incontinente, sendo no entanto este receio calado, silenciado e por vezes até escondido da própria família, era um tabu. Por se tratar de um tema mau, sujo e impuro, os idosos evitavam confessar, falar e partilhar. No entanto era sentida a necessidade de controlar o mal, mantendo um campo de visão limpo, alheio também a odores que os poderiam denunciar.

Os sentimentos de vergonha, medo e perda de dignidade, eram consequência de uma IU resultante ou agravada pela doença recente. Neste prosseguimento os idosos referiram várias implicações na sua vida, os que tinham IU anterior à doença, mencionaram implicações sociais no convívio e na realização de várias tarefas domésticas, além das económicas devido a dificuldades financeiras, sendo a aquisição de dispositivos de contenção uma despesa acrescida. Além destas, tanto os idosos com IU anterior como naqueles que a viam agravada pela doença, também aludiram às implicações na vida familiar que se cruzaram com implicações psicológicas como o receio de ir a casa e ser descoberta a incontinência e também na relação com o cônjuge. A par dos antigos, novos receios emergiram, como o da exposição do corpo na unidade onde estavam internados, a vergonha pela dependência e pela exibição do sujo.

Obtivemos descrições plurais retratando vivências singulares de idosos e profissionais, que no dia-a-dia referiam diferentes práticas que se fundiam na procura de soluções onde a compreensão pelos sentires dos idosos se manifestavam de diversas formas. Por exemplo era essencial a colaboração na irradicação do sujo e dos cheiros, bem como na camuflagem das expressões que remetessem à visão da incontinência. A IU enquanto dimensão a intervir durante o processo de reabilitação, surgiu envolta em ambivalência, pois apesar do reconhecimento das suas implicações na qualidade de vida, os participantes não a consideravam prioritária, elegendo a independência na mobilidade como tal. Tendo no horizonte estas perspetivas elaborámos um esquema que procura sintetizar os achados (Figura n.º 5).



Figura n.º 5 – O acolhimento: Significados e valores enquanto primeiro desafio

Orem alude ao facto das sociedades se preocuparem com o desenvolvimento de serviços de saúde de qualidade, no entanto, para que esta qualidade possa ser alcançada, os prestadores de serviço deverão comunicar com os requerentes dos mesmos. Só através da comunicação e negociação estabelecidas num processo de relacionamento interpessoal

continuo se poderá chegar a um entendimento. Contudo deveremos saber que este processo será sempre afetado pela personalidade, atitudes, crenças, valores, maturidade e estado de saúde dos envolvidos (Orem, 2001). Ancorados a estas premissas, descortinamos também nós não só as crenças mas também os “sentires” e a necessidade do estabelecimento de relações de confiança, sustentadas numa cultura de cuidados onde tempo, espaço, estados de saúde e expectativas de reabilitação se cruzavam. Continuámos assim o nosso percurso com o intuito de compreender como era desenvolvido o processo de construção do autocuidado.

2.2 – Interagindo e desenvolvendo os cuidados: O acompanhamento e a construção do autocuidado no idoso com incontinência urinária

Tendo em conta o desafio que a visão, sentimentos e importância atribuídos à IU no idoso constituíam, onde se cruzaram os sentimentos que acompanhavam a mesma, as implicações sentidas e vividas, bem como a importância que lhe era atribuída, passámos aos modos de ação organizados num contexto onde as condições iniciais se mostraram desafiantes às interações e à construção de cuidados. Perceber os modos de interação e os acontecimentos (quem, onde e como), subjacentes ao processo, num encontro complexo de culturas, cuja dinâmica seria por elas influenciada, tornou-se o passo seguinte.

Spradley (1980: 16) alerta-nos para o facto do comportamento humano ter um significado subjacente para o ator que o protagoniza, também Leininger (1985; 1997) e Whitehead (2005) aludem à necessidade de em qualquer trabalho com uma abordagem etnográfica, ser necessário incluir as interações e atitudes dos indivíduos dentro dos seus sistemas sociais significativos, incluindo conhecimentos, crenças, valores e significados, isto porque os atores constroem os seus modos de ação, tendo em conta o sistema sociocultural onde estão inseridos. Quanto ao significado, a IU não era considerada prioritária, mas revelava-se importantíssima, perante a influência que tinha no processo de reabilitação e construção do autocuidado. Num esforço de compreensão sobre os modos de ação e as condutas socialmente organizadas subjacentes às interações estabelecidas nos contextos de cuidados, continuámos o nosso percurso, procurando descobrir como eram estabelecidas as interações entre os atores intervenientes.

Baseados no quadro de referência explorámos o processo aprofundando a avaliação inicial iniciada no acolhimento, a intervenção e acompanhamento do idoso com IU. Nazarko (2017) e Spencer *et al.* (2017) ilustram a importância de numa abordagem inicial à IU

deverem ser avaliadas pela enfermagem (que detém uma visão holística sobre a pessoa), em articulação com a equipa multidisciplinar, as condições físicas do idoso, as psicológicas, bem como toda a envolvente ambiental, tendo em conta os recursos físicos (espaços, objetos) e humanos no sentido de inventariar as possibilidades de cuidados. Já durante a intervenção e acompanhamento decorrente num plano temporal progressivo, seria necessária a inventariação de estratégias adequadas à situação. Para tal seria primordial convidar e incentivar a colaboração do idoso na maioria das vezes dependente, e a mobilização da equipa multidisciplinar (Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2016).

Os modos de ação no acompanhamento do idoso com IU eram atravessados por várias dimensões que enformavam os cuidados, desde a **logística, as atividades e os objetos** que integravam as rotinas diárias, **as dificuldades sentidas nos quotidianos** e as **estratégias mobilizadas para a construção do autocuidado**, integrando esta o **envolvimento do idoso** nem sempre fácil, a **multidisciplinaridade** e o **enfermeiro enquanto ator chave** no processo de interação. Todas estas dimensões eram cruzadas pela cultura dos atores e das organizações que estava subjacente à ação quotidiana como iremos desenvolver.

2.2.1 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: A logística, as atividades e os objetos que enformam os cuidados

Volvidos doze anos do funcionamento da RNCCI, a terminologia internacional ainda não é uniforme, mas concorda-se que esta tipologia organizacional proporciona cuidados que não carecem dos recursos diferenciados existentes no internamento hospitalar, mas que reúnem outros que não estão disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários. Tendo no horizonte a recuperação funcional da pessoa ou adaptação à incapacidade, promovendo o máximo de independência e capacitação para a realização do autocuidado, estão alicerçados numa avaliação completa e interdisciplinar que radica no desenho de um PII, reavaliado e atualizado ao longo do horizonte temporal do internamento, adequando o nível de intensidade terapêutica e respeitando as expetativas e desejos do utente e família (MS, 2006).

Dentro das várias respostas oferecidas, a UC oferece cuidados complexos que demandam recursos diversificados e especializados. A **logística** destas unidades atravessa uma complexidade que se inicia logo no planeamento das várias atividades e terapêuticas que desenham o dia-a-dia dos cuidados, desde o acolhimento já ilustrado, até à alta. Da análise efetuada, verificámos a existência de *atividades e rotinas agendadas* que atravessavam os

turnos da manhã, tarde e noite, eram também afixadas *orientações para o turno*, contemplando intervenções mediadas por *objetos*, que eram realizadas em articulação com as várias terapias. Apesar da existência de uma cultura de cuidados alicerçada em estruturas oriundas dos saberes técnicos, pudemos constatar que sempre que possível o *lúdico* era associado ao cuidado. Percebemos ainda que estas atividades e objetos eram manipulados estrategicamente sempre que existiam *casos especiais*, como por exemplo a infeção. Tudo isto era efetuado tendo no horizonte o *caminho para a construção do autocuidado*.

Desde logo cada utente tinha um “*Gestor de Caso*”, esta gestão era efetuada por um dos técnicos da equipa multidisciplinar que durante o internamento era responsável pelo acompanhamento do utente, sendo ainda o elo de ligação entre os vários atores intervenientes no processo de reabilitação. Durante a nossa permanência no terreno verificámos que era também ele que assumia um papel preponderante na revisão e atualização do PII. Na UC como já foi avançado, o utente é avaliado e em seguida são planeados os cuidados de acordo com as suas necessidades. No decurso das nossas observações, verificámos que cada utente tinha uma espécie de agenda, onde ao longo do dia eram distribuídas as várias atividades terapêuticas, como por exemplo: Senhor X segunda-feira: 9.30 – Terapia Ocupacional; 10.30 – Fisioterapia; 12.30 – Almoço; 14.00 – Animação. Depois seguia-se o lanche, as visitas, jantar, deitar, ceia e descanso.

O planeamento em ambas as unidades onde permanecemos era efetuado de forma rigorosa com *atividades e rotinas agendadas*, explicaram-nos ser necessário para que todas as atividades pudessem ser efetuadas em articulação, sem sobreposição e ainda porque os cuidados eram efetuados por forma a não interferir com as mesmas. As condições do utente nas suas diferentes dimensões (porque no caso de utentes confusos, os cuidados seguiam uma rotina temporal diferente que ilustraremos depois) influenciavam as ações. Por exemplo, verificámos que os utentes a quem se fazia a higiene mais cedo, eram aqueles que tinham terapias agendadas para as 9.30 h.

Na questão da fisioterapia, articulamos muito. (E13_UV_Enf4)

Porque o planeamento era exaustivo, na UV existia até um plano de enfermagem que relembra a temporalização das diversas intervenções e dos atores envolvidos nos turnos da manhã, tarde e noite. Durante uma conversa mais informal com o enfermeiro coordenador perguntámos se existia algum protocolo para esta programação das atividades.

(...) mostra-nos um documento afixado na sala de trabalho a que chamam “Orientações para o Turno”, o qual pedimos para reproduzir nas nossas

notas. (DC_UV)

No decorrer das observações efetuadas nos diferentes turnos (Quadro n.º 2), verificámos que as rotinas relativamente ao autocuidado eliminação variavam, à medida que o tempo foi passando focalizámos o nosso olhar e fomos verificando que, durante o período da tarde, iniciavam-se logo no momento do deitar (cerca das 19 ou 21 horas consoante o utente), cabendo à pessoa que efetuava a intervenção, enfermeiro e / ou auxiliar, disponibilizar os meios necessários neste caso *objetos* essenciais para a satisfação dessa necessidade básica (campainha, urinol).

Turno da Tarde		
Profissional	Procedimento	Horário
1 enfermeiro 1 enfermeiro	Preparação da Medicação Avaliação de Sinais Vitais	16.15
2 enfermeiros	“Volta”*	17.30
1 enfermeiro 1 enfermeiro	Avaliação da Glicémia Jantar do Utente	18.00
2 enfermeiros 2 auxiliares	Deitar os Utentes (Não deixar utentes sozinhos no quarto antes de os deitar)	19.00
1 enfermeiro 1 auxiliar	Jantar dos Utentes	20.15
1 enfermeiro	Registos de Enfermagem	21.21
2 enfermeiros	Ceia dos Utentes / “Volta”*	21.35
2 enfermeiros	Registos de Enfermagem	22.30
2 enfermeiros	Reposição do Carro de Pensos	23.00
Passagem de Turno		24.00
* Nota – Tarde / Noite: Posicionamento dos utentes, ver fralda. Deixar urinol aos homens, deixar campainha, principalmente às mulheres para solicitar arrastadeira.		
Turno da Noite		
Profissional	Procedimento	Horário
1 enfermeiro	Preparação da Medicação das 24 h	0.30-1.30
1 enfermeiro 2 auxiliares	“Volta”	1.30 – 2.30
1 enfermeiro	Registos de Enfermagem	2.30
1 enfermeiro 2 auxiliares	2 Banhos 2 Higiènes	6.00 – 7.00
1 enfermeiro	Registos de Enfermagem	7.00
Passagem de Turno		8.00
Turno da Manhã		
Profissional	Procedimento	Horário
1 enfermeiro	Administração da Terapêutica Avaliação da Glicémia	8.15 – 10-30
2 enfermeiros 2 auxiliares	Banhos (WC) / Higiènes (leito)	Confirmar Plano de Trabalho
2 enfermeiros 1 auxiliar	Pequeno-almoço Avaliação de Sinais Vitais	10.20
2 enfermeiros 1 enfermeiro	Execução de Pensos Avaliação da Glicémia	11.30 – 12.00
2 enfermeiros	Almoço dos Utentes	12.00
3 enfermeiros	“Volta”*	12.30
2 enfermeiros	Almoço dos Enfermeiros	13.15
1 enfermeiro	Registos de Enfermagem	13.15
3 enfermeiros	Lanche dos Utentes	15.15
Passagem de Turno		16.00
* Nota: Posicionamento, sesta, verificação da fralda, higiene, consoante o estado da pele e do doente.		

Quadro n.º 2 – Programação dos turnos (Fonte: DC_UV)

Nas pessoas independentes e que podiam deambular sem supervisão, a luz da casa de banho ficava ligada, para haver um ponto de luz de referência e as grades das camas baixas, deste modo, poderiam levantar-se e ir ao WC sempre que necessário. Eram também na UV colocados no WC ou junto da unidade do utente, pensos de incontinência ou fralda-cueca para poderem trocar, caso fosse necessário para os utentes, que apesar de independentes, tinham perdas ocasionais. Aos homens era disponibilizado o urinol que as auxiliares despejavam quando efetuavam as “voltas”. Às mulheres, era disponibilizada a campinha, quando possível, colocavam a arrastadeira, quando podia deambular, era auxiliada a ir ao WC. Nos utentes que não retinham a urina e com maior dependência funcional, durante os posicionamentos da 1-2.30h da manhã era trocada a fralda e quando solicitavam eram auxiliados a ir ao WC. Era ainda disponibilizada a campinha para o caso de sentirem necessidade de uma muda extra da fralda, o que era bastante frequente.

As pessoas que não podiam deambular autonomamente mas que estavam orientadas no tempo e no espaço e com controlo do esfíncter vesical, ficavam também elas dependentes dos profissionais, aqui era muitas vezes colocada na mesma a fralda para maior proteção. No caso dos utentes confusos quer permanecessem nos quartos ou nas outras salas, a vigilância era efetuada por enfermeiros e auxiliares durante as “voltas” e no intervalo das atividades programadas. A “volta” era uma atividade essencial nas duas unidades como podemos verificar nas palavras dos entrevistados.

E14_UA_Aux2: A gente normalmente anda a ver, vamos vendo, vamos perguntando, claro aos que sabem responder, não é, os outros vamos mesmo ver. Há alguns que não se apercebem, os que se apercebem dizem, quando ocorrem incidentes em que já não chegamos a tempo.

Ent.: Os que não se apercebem, têm horários?

Sim, fazemos as higiènes, mudamos as fraldas e depois a meio da manhã vamos ver, depois à hora de almoço, sempre fazemos a “volta” e pronto. E à tarde é igual. (E14_UA_Aux2)

Não temos propriamente horas certas, cada vez que os utentes pedem levamos, mas depois temos as horas nossas, por exemplo depois de almoço, do lanche, do deitar, quem quiser ir deitar, vai-se sempre dar a “volta” para ver se tem chichi, se não tem, mudar a fralda, mas diariamente se a pessoa pedir, nós levamos ao WC. (...) quando não pedem, temos aquela hora estipulada para irmos ver, dar a “volta”, para aquelas pessoas mais dependentes. (E13_UA_Aux1)

A necessidade de supervisão e higiene está presente no dia-a-dia destas unidades, em várias das observações efetuadas, verificámos que programação, atividade e objetos eram presentes nos pormenores mais pequenos e nos diferentes turnos. Várias vezes chegámos ao

serviço de manhã e no decorrer dos cuidados de higiene que ocorriam nos quartos dos utentes (WC ou cama, conforme as necessidades), existiam nos corredores carros com roupa limpa e material de apoio à higiene, que cerca das 11.30 / 12.00 horas eram repostos pelos auxiliares com roupa limpa para o dia seguinte (apoio às higienes), toalhas, lençóis, fraldas tradicionais, fraldas cueca, pensos de incontinência, aventais, luvas, sacos para fraldas sujas, resguardos, fronhas, secadores de cabelo, alicate de unhas, elixir oral, desodorizante, giletes, champô, gel de banho, toalhetes de limpeza.

Encontrámos procedimentos semelhantes nas duas unidades, contudo em relação às fraldas dos diferentes tipos, pensos e toalhas de higiene, na UV eram repostas na unidade do utente, na UA eram disponibilizadas pelos auxiliares ou enfermeiros conforme as necessidades, no respeito pelas normas e cultura organizacionais que assim o ditavam. As várias atividades e intervenções efetuadas eram registadas ou no processo individual de cuidados continuados (físico em papel) ou no aplicativo informático da RNCCI. A UA tinha ainda um aplicativo informático próprio. A gestão da humidade e a prevenção da dermatite era uma preocupação constante.

Nós temos de uma maneira geral a preocupação da gestão da humidade, em relação às fraldas nós tentamos que tenham a maior capacidade de absorção possível para que se evite a humidade nas pessoas, para que o doente não se sinta molhado. (E11_UA_Enf3)

Há pessoas que, aliás, em todos os casos a prioridade é a higiene, pronto corporal da pessoa, a integridade cutânea, mas há pessoas que além, pode ser uma IU já de há muitos anos, mas nós temos que ter uma prioridade superior, porque têm maior risco ainda de desenvolver uma DAI [dermatite associada à incontinência] do que outras. Acho que as principais prioridades é sempre a higiene corporal e a integridade cutânea. (E8_UV_Enf2)

Este cuidado é também sentido pelos auxiliares.

Não estão a aparecer [dermatites associadas à incontinência] porque nós fazemos a muda muitas vezes ao dia, temos um exemplo a de manhã na higiene, nós colocamos logo fralda, temos na hora de almoço, temos em alguns utentes às 3 da tarde, temos às 5, às 10h, ao deitar, temos durante a noite e ainda temos depois naqueles que nós vimos que estão e nós automaticamente mudamos, nós já temos aquela percepção “aquele aguenta tanto tempo uma fralda” e então temos uma volta extra. (E10_UV_Aux2)

Nas observações e testemunhos a que assistimos nas unidades, vários foram os objetos utilizados na gestão da atividade de vida eliminação como os de higiene mais comuns, os géis e sabões neutros, as toalhas de limpeza adequadas para adultos. A este respeito foi-nos chamada a atenção por uma enfermeira da UV com pós-graduação em feridas, tendo salientado que as toalhas não continham álcool para evitar a irritação da pele. Eram impregnadas com soluções

de pH adequado ao adulto, sendo diferentes das utilizadas para os bebés. Referiu-se também aos vários tipos de fralda, mostrando uma de uma marca conhecida no mercado.

“É impregnada com creme de ph 5.5” desperdiça uma fralda para efetuar a demonstração, passa com a mesma no espelho e este fica baço do creme. Refere “Estas fraldas são das melhores em termos de proteção da pele e prevenção das DAI. Temos sempre muito cuidado e tentamos usar o que há de melhor. É essencial prevenir infeções da pele e UP. Também nos preocupamos com o conforto dos utentes”. (...) Chama a atenção para a fita de testemunho existente na fralda que muda ao conter urina e refere que “este velcro permite aderir e retirar várias vezes sem danificar a fralda. (DC_UV)

De uma forma geral o material era considerado bom e adequado aos cuidados.

O nosso material por acaso, que utilizamos, nós temos o material suficiente e é bom, trabalhamos com marcas, não trabalhamos com marca branca. (E10_UV_Aux2)

Também os chamados produtos barreira, como loções e pomadas e outros produtos de contenção como os pensos higiénicos de incontinência, eram considerados bons. Contudo ao longo do tempo, verificámos que o objeto constantemente presente no quotidiano e nas conversas que fomos tendo, era *a fralda*. A preocupação com a qualidade deste objeto, era presente numa cultura de cuidados que ultrapassava a profissional e integrava a organizacional, como podemos constatar nas palavras dos enfermeiros coordenadores.

Obviamente estamos sempre condicionados pelas questões dos preços e isto é um problema também grave, pois sabemos que as fraldas com maior capacidade de absorção são tendencialmente mais caras. Acabamos por fazer aqui um meio-termo para evitar, quer gastos supérfluos, quer ter material de pouca qualidade. (E11_UA_Enf3)

Naturalmente é valorizado o preço, mas não sou justo se disser que se vai ao mais barato, há sempre o cuidado de avaliar a relação qualidade / preço e ainda que seja mais oneroso para a instituição, tenta-se comprar com qualidade. (E14_UV_Enf5)

Ao longo do tempo, focalizámos a nossa atenção neste **objeto** essencial aos cuidados. Efetuámos fotografias à diversidade presente e constatámos a existência no terreno de diversos tipos e tamanhos que eram selecionados conforme a estatura do utente, dependência e gosto pessoal. Destacámos as mais tradicionais com elásticos laterais que ajustavam à cintura com velcro que permitia reposições e a vulgarmente denominada fralda cueca que se revelou muito mais que um simples objeto de contenção. Estes dispositivos observavam o recomendado na literatura, eram feitos de materiais superabsorventes que procuram manter os fluídos de eliminação longe da pele, sendo mudados com regularidade como ilustrámos nas atividades. Por outro lado o tamanho e forma dos dispositivos de contenção (fralda tradicional, fralda cueca), eram escolhidos e adequados às condições do

idoso procurando evitar o contacto dos produtos de eliminação com a pele (Sugama, Sanada, Shigeta, Nakagami & Konya, 2012; Imamura *et al.*, 2015; Nazarko, 2015; Payne, 2015).

Ao efetuarmos a análise de dados, verificámos que ao realizar uma primeira pesquisa no Nó “Logística, Atividades e Objetos” com as palavras mais frequentes, logo se destacava a *fralda*, efetuando em seguida a restrição a palavras com menos de 6 letras para poder eliminar proposições, constatámos que esta aparecia evidenciada numa frequência de 143, seguida da palavra utente com 131. Para visualização, extraímos a nuvem correspondente (Figura n.º 6).



Figura n.º 6 – Nuvem de palavras do Nó “Logística, Atividades e Objetos” (Fonte: NVivo 11 Pro)

Com o decurso do trabalho e já numa fase de seleção das observações e dimensões a aprofundar, percebemos que esta fralda representava para os idosos muitas vezes proteção e segurança. No caso da fralda cueca além do destacado conforto, era vista como um símbolo de recuperação, quase o passaporte para o regresso a casa.

Ent.: Utiliza algum objeto, alguma coisa que a faça sentir um bocadinho melhor?

I11_UV: Tenho a fralda, gosto mais da cueca. Sinto-me mais aconchegada.

Ent.: Tem receio, às vezes, que possa sair urina?

I11_UV: Sim, sim.

Ent.: E por isso é que se sente mais segura?

Sim. (I11_UV)

A fralda cueca no processo de promoção do autocuidado constitui um pilar na recuperação do utente, é vista e sentida como a transição para a liberdade, a recuperação da independência perdida e a segurança para não ter incidentes ou ser apanhado desprevenido.

Olhe Senhora Enfermeira, quando usava fralda [tradicional] sentia-me preso, sim preso, em tudo, não era só nos movimentos, era em tudo, para mim era em tudo. Agora não, já vou à casa de banho, sozinho, sou livre. (I1_UA)

Agora tenho cueca fralda, é mais justa e confortável. Aqui, agora, às vezes até já vou sozinho, sinto-me mais à vontade, sabe às vezes tenho vagar e vou antes um bocadinho para não me urinar. Agora já quase não preciso mesmo da cueca fralda, mas visto, porque quando vou para casa, por causa do carro, há mais conforto pelo caminho. (I23_UA)

Ao cruzarmos atividades e objetos que entreteciam a teia que eram os cuidados de eliminação, pudemos verificar a existência de alguns *cuidados especiais*, principalmente quando existia a suspeita e confirmação de infeção. Inicialmente o médico da UA (E1_UA_Med), referiu ser essencial o despiste de infeção urinária quando se efetua o planeamento dos cuidados ao utente. Contudo, sempre que se verifica um caso, além da terapêutica e cuidados pessoais, são adotados procedimentos sistémicos no intuito de evitar contaminações. Durante a nossa permanência no terreno observámos várias atividades efetuadas pelo enfermeiro que é o responsável pelo controlo de infeção (existentes nas duas unidades). Uma vez pudemos observar o reforço do ensino com recomendações aos enfermeiros e auxiliares presentes sobre os cuidados acrescidos a ter.

Referiu que todo o material utilizado no quarto deveria ser circunscrito ao mesmo com a maior individualização dos objetos. O material de cuidados e proteção dos funcionários deveria ser descartável, deitado fora e fechado em saco próprio. Efetuada desinfeção das mãos antes de entrar e sair do quarto e limpeza e desinfeção do quarto. A médica pediu nova urocultura e ficou a possibilidade de referência ao hospital. Alertaram ainda para a existência de uma máquina de limpeza e desinfeção dos urinóis existente em sala própria. (DC_UV)

Mais tarde verificámos que além da administração da medicação efetuada pelos enfermeiros, sempre que existia algum utente com infeção urinária era o último a ser cuidado nas denominadas “voltas”, tendo os enfermeiros e auxiliares, os cuidados recomendados.

Devemos realçar que nem sempre as atividades e objetos especiais se relacionavam com agravamentos da situação. Por vezes nestas unidades o *lúdico* era associado ao cuidado. Podemos até salientar que eram situações frequentes que integravam a cultura organizacional de cuidados, cruzando culturas pessoais, profissionais e aspetos contextuais, que embora distintos em cada unidade, compunham um puzzle de cuidados, que com imaginação, tornavam o processo de reabilitação e construção do autocuidado, mais leve para o idoso. Logo nas primeiras semanas de observação, verificámos na UA a existência de um projeto que consistia na programação de atividades de grupo para promover a funcionalidade e o convívio social com recurso a uma consola de videojogos. Na altura alertaram-me também

para a existência de artigos científicos que sustentavam tal prática. Efetuámos pesquisa e encontrámos sustentação para a mesma quer em produção nacional quer internacional (Araújo, Martins, Carvalho, Marques & Soares, 2013; Laver, George, Thomas, Deutsch & Crotty, 2015). Hoje utiliza-se este tipo de recurso na promoção da reabilitação do equilíbrio postural e da marcha em doentes, principalmente com AVC, sabendo que a reabilitação ao nível da promoção da continência urinária está relacionada com toda a recuperação funcional. Ficámos interessados, tendo posteriormente assistido ao desenvolvimento desta atividade. A mesma decorria na sala grande, luminosa e espaçosa onde estava a televisão maior. Era a sala que ficava em frente daquela onde se reuniam os técnicos e com paredes de vidro. O espaço era preparado pelos técnicos (enfermeiro e fisioterapeuta), os utentes dispostos em semicírculo e instalada a consola. Anotámos uma das observações com mais pormenor, para podermos estabelecer as pontes com o nosso trabalho.

Há aqui utentes em diferentes fases, independentes na mobilização, outros que necessitam de ajuda total e com necessidade de ajuda parcial (andarrilhos, canadianas). Todos são estimulados a participar, há um voluntário (utente em fase avançada de reabilitação pós AVC com alta prevista para breve), quer jogar ténis, diz que prefere para já jogar com a mão esquerda por ter mais força na mesma. Há interação entre o utente e os técnicos, principalmente a fisioterapeuta que lhe ajusta a postura. À volta vimos que os utentes começam a manifestar sinais de interesse, mesmo aqueles inicialmente mais céticos, agora começam a inclinar-se à procura do melhor ângulo de observação do jogo. Entra outro utente no jogo, marca ponto, os outros dizem “Boa”. Há sorrisos, este momento serve de distração da própria doença e o processo de reabilitação é efetuado de uma forma leve e até lúdica. Os utentes convivem, conversam, interagem. Hora da visita, os familiares entram e sorriem quando assistem à interação que ali se vive. Uma senhora oferece-se para participar, diz que foi professora e sempre foi extrovertida, as outras mulheres presentes na sala são mais retraídas, sorriem, dizem não querer participar no jogo, mas que gostam de assistir.

A senhora tem alguma dificuldade em manipular o “comando”, mas insiste, e outro doente diz “olha, lá vai ela”. É colocado novo jogo, o da bicicleta (ajuda a movimentar os dois membros superiores como explica a fisioterapeuta), usam-se dois “comandos”, é um exercício para quem tem um maior grau de independência.

Uma senhora em cadeira de rodas que assistia de uma forma pouco participativa (Chegou à unidade há cerca de 15 dias, sofreu um AVC e tem hemiplegia à esquerda, tem perdas ocasionais de urina, principalmente à noite, está a fazer treino de hábitos de eliminação) pede à auxiliar para ir ao WC. A auxiliar ajuda a utente e sai da sala. Está acompanhada pelo marido que permanece na sala sem participar nos cuidados.

Outro utente inicia o jogo. Há um outro utente que chegou hoje à unidade, declina os convites, diz “para a próxima, mas trago o meu neto, ele é que percebe disto”.

A utente que saiu para ir ao WC regressa, vem diferente, pediu para se arranjar um pouco, trás um lenço pelas costas e vem penteada. Mostra-se mais interessada.

O senhor que estava inicialmente relutante e começou a fazer marcha com andarrilho, resolve participar, todos apoiam, é um utente que já está na unidade há cerca de um mês, tem tido uma boa evolução, ainda usa fralda, mas o treino tem surtido efeito, de dia quase não tem micções acidentais. Participa, mas passado algum tempo, diz estar cansado, este jogo é mais exigente.

São incentivados a participar, a fisioterapeuta coloca um jogo mais fácil, o de ténis, ajuda a efetuar os movimentos (...). Elogia o desempenho, a senhora mostra-se contente sorri, o marido elogia o progresso, os outros batem palmas. (DC_UA)

A observação desta atividade permitiu verificar que é possível tornar o processo de reabilitação mais leve, através do recurso ao lúdico. Motivava a participação que era efetuada em conjunto, entre iguais que atravessavam um processo de reabilitação resultante de doença súbita ou agravada. Os diferentes estádios neste percurso, constituíam o incentivo para integrar o jogo e o grupo, promovendo a autoimagem no sentido de se apresentar bem perante os outros. Ao longo do tempo, verificámos que era também um espaço de sorrisos, onde familiares participavam, partindo satisfeitos no final da visita, por verem que o utente ia apresentando progressos.

Outras atividades eram efetuadas aproveitando o espaço e o contexto organizacional. Esta unidade (UA) tinha um jardim exterior e no final da tarde, depois de jantar, principalmente durante o período de verão os utentes solicitavam aos enfermeiros uma ida a este jardim. Sempre que ali permanecemos, observámos esta prática que requeria uma gestão das atividades agendadas, era necessário libertar um enfermeiro e / ou um auxiliar para os poder acompanhar, pois além dos utentes que já se mobilizavam por si, ainda que com o auxílio de ajudas técnicas, levavam também outros em cadeira de rodas. Era um momento apreciado, talvez por ultrapassar a barreira física que constituía o edifício, aproximando o regresso ao que tinham deixado antes da doença.

Também na UV embora de forma diferente existia esta preocupação, não tendo um jardim exterior tão grande, tinha um interior mais pequeno e espaço em volta do imóvel. Era frequente a meio da manhã e quando não interferia com as atividades, encontrar a sala da televisão quase vazia. Numa ocasião no início de outubro assistimos a uma destas atividades.

Os utentes acompanhados pelos diversos membros da equipa (psicólogo, TO, fisioterapeuta, animadora, auxiliares) saíram para o átrio e deram um passeio à volta do mesmo, tiraram fotografias. O passeio durou cerca de ½ hora, mas os utentes (a pé, canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas) estavam visivelmente satisfeitos. Estava um dia de sol agradável. (DC_UV)

A observância destas atividades conduziu-nos a uma realidade onde o lúdico era parte integrante do processo de construção do autocuidado, permitindo ao utente efetuar quase uma viagem para uma dimensão que ultrapassava os exercícios repetitivos para os quais era por vezes difícil obter a sua colaboração. Centrados na recuperação, eram inventariadas ações que apesar de ocorrerem dentro dos limites da cultura e espaço organizacionais, respeitando as regras impostas, ultrapassavam as fronteiras mais tradicionais, através de uma composição de culturas e saberes profissionais que construíam cuidados inovadores, não colidindo com as terapias

prescritas, mas que tornavam mais suportáveis os tempos e os cuidados que o processo impunha.

Desta forma, era percorrido o caminho para a construção do autocuidado, sendo o utente acompanhado pelos diversos profissionais numa dimensão temporal onde por vezes recorrendo a estratégias grupais, se ia, tendo em conta as condições pessoais avaliando e atualizando o plano individual de intervenção. Estas condições individuais eram condicionadoras de toda a gestão do cuidado, tal como foi aludido e ilustrado com os testemunhos de vários profissionais. Percebemos ainda que vários constrangimentos se impunham à recuperação da continência urinária, tanto relacionados com o utente como com aspetos organizacionais.

Alicerçados no quadro teórico que recomendava a realização de um diagnóstico mediado por algoritmos de decisão, avaliação de sintomas e perguntas chave (Stevens, 2011; Reid, 2014; Woodward, 2014), aplicação de escalas (Donovan & Bosch, 2002; Naughton *et al.*, 2004; Schröder *et al.*, 2009; Pereira *et al.*, 2011), capacidade funcional e despiste de infeções urinárias, fomos verificando, ao longo da prestação de cuidados que apenas algumas destas atividades eram efetuadas.

A primeira coisa é efetuar sempre o despiste de uma infeção urinária a ser a causadora desta situação, sobretudo no âmbito da UC temos essa possibilidade. Nunca se começa a medicar sem o exame bacteriológico de urina para despiste do agente infeccioso para se poder tratar, dirigir através da análise do antibiograma. (...) Utilizando medicação específica e sobretudo se a incontinência, isto é a minha experiência, associada a uma infeção urinária, se juntamente com o antibiótico fizer medicação específica às vezes consegue-se minimizar a situação e aliviar o doente desta queixa. (E1_UA_Med_Focus)

Já Coffey, McCarthy, McCormack, Wright & Slater (2007) verificaram num estudo levado a cabo em duas unidades de reabilitação para idosos na Irlanda, que a preocupação com o despiste de infeção era uma prioridade, sendo os tratamentos farmacológicos documentados, também dirigidos para esta causa. Quando perguntámos acerca da avaliação da tipologia da IU, o médico fisiatra e o enfermeiro especialista em reabilitação, falaram dessa avaliação, contudo outros profissionais reconheceram que não era efetuado, talvez por a IU não ser prioritária em termos de cuidados para os participantes, como já demonstramos, inclusive os registos efetuados eram integrados a partir de escalas de avaliação da funcionalidade.

*E7_UV_Med1: A nível médico pouco são registados, portanto, nós aquilo que registamos é se há realmente incontinência ou não e se há infeção urinária ou não.
Ent.: A tipologia da incontinência é diferenciada ou não?
Não. (E7_UV_Med1)*

Nós não temos, em termos de registos de avaliação, a fisioterapia não tem, não tem um ponto específico, mas temos uma escala, que é a medida de independência funcional, que é feita à entrada e de quinze em quinze dias, em

que conseguimos avaliar se a pessoa, qual o nível de autonomia ou de ajuda que necessita para a eliminação. Portanto quinzenalmente é avaliado, e à saída, claro. (E2_UV_Fis_Focus)

Também ao nível dos registos de enfermagem esta diferenciação da tipologia da IU não era efetuada, apenas a avaliação em termos de dependência / necessidade de ajuda, características da urina e humidade, preocupação a que também já nos referimos, pelas repercussões que poderiam ocorrer.

Nós na nota de base é sempre referido, é sempre abordado, temos a nota de base que serve para quatro dias, em que é referido como é que é o perfil de eliminação do utente. E depois em cada nota de turno, se existe uma alteração relativa a esse padrão é registado também. Dentro de esse registo, por norma temos e para além do ponto da eliminação, na da eliminação não, da humidade da escala de Braden, que é feito de quinze em quinze dias. (E4_UV_Enf1_Focus)

Relativamente ao acompanhamento para a promoção da continência urinária, Stevens (2011) e Rocha & Redol (2016) recomendam que esta se faça num plano progressivo tendo em conta o estado de dependência da pessoa. Aqui enfermeiros e fisioterapeutas têm um papel bastante ativo, começando com uma participação mais passiva do idoso que vão desde o estabelecimento de horários de esvaziamento, ao treino de hábitos, progredindo depois para o treino vesical. Pelas observações efetuadas e palavras dos diferentes técnicos verificámos que o estabelecimento de horários de esvaziamento, situados num plano totalmente e parcialmente compensatórios como é exemplo o “aviso de voz”, era efetuado.

Nós já temos, mais ou menos, aquelas horas estipuladas. Se eles próprios não nos chamarem entretanto, nós temos as horas certas das voltas que nós temos que fazer e à hora que temos que levar aquelas pessoas à casa de banho, pronto aquilo é assim, muito esquematicamente. (...) Eu faço assim, quando é na hora da volta acordo toda a gente e pergunto se querem ir à casa de banho, e insisto para que vão, que é para ver se não fazem na fralda, eu insisto. (E9_UV_Aux1)

Em alguns casos era possível evoluir para o treino de hábitos.

Nós avaliamos, pronto, aqueles casos que nós achamos que têm potencial de recuperação da IU, e depois tentamos fazer treinos de esvaziamento vesical, criação de hábitos, por exemplo, urinar antes de ir para a fisioterapia, após a fisioterapia, antes da hora do almoço, após, e assim criar ali uns horários estabelecidos, para evitar que ocorram incidentes. (E8_UV_Enf2)

No decurso da nossa permanência no terreno, verificámos no entanto, que em termos de terapia comportamental, além do treino de esvaziamento, levando os auxiliares ou enfermeiros os utentes ao WC ou do aviso de vós, pouco mais era efetuado. Não observámos a avaliação individual do padrão de eliminação (frequência, volume e hora) com registo de três dias, nem um cuidado específico relativamente à tipologia, quantidade e horário dos

líquidos ingeridos. Ouvimos alertar para a necessidade de ingerir líquidos e que os mesmos deveriam ser ingeridos com moderação a partir das 18 horas. Também o “treino vesical” etapa seguinte do processo, não era efetuada por rotina. A fisioterapia trabalhava a musculatura pélvica, mas o treino propriamente dito não era efetuado por razões que esclareceremos posteriormente, ou então só era feito em casos muito esporádicos.

(...) as idas ao WC são programadas o que pode não fazer sentido, mas são, o treino para a eliminação muitas vezes não é feito como se deveria ou como se gostaria que fosse. (E14_UV_Enf5)

É assim, neste momento, e nós aqui não temos uma abordagem à IU, como é que eu vou explicar. Nós aqui, os utentes não são avaliados, sendo a IU um fator que interfere imenso com a reabilitação, a IU como são diversos outros fatores, e esses fatores não são aqui tidos em conta. Nós não reabilitamos uma pessoa com uma prótese da anca e não fazemos treino de esfínteres, por exemplo, porque não é avaliado, e isso tinha que ir a um especialista avaliar qual é o tipo de incontinência, para podermos atuar assim (...) Fazemos especificamente de um utente que nos refere que está bastante preocupado (...). Não temos o biofeedback, portanto fazemos exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico, fazemos dos estabilizadores da coluna, dos multífidos e acabamos por ter bons resultados, isto acontece mais em termos do AVC. No AVC há uma diminuição do controlo motor também dos músculos do pavimento pélvico e conseguimos bons resultados. (E2_UV_Fis_Focus)

Testemunhámos várias medidas para a contenção de urina, principalmente levadas a cabo por rotinas programadas tendo em conta a orientação do idoso e o seu estágio no processo de reabilitação, bem como a preocupação quase constante com a gestão da humidade, principalmente nos casos de idosos com comprometimento cognitivo. Também sempre que existiam casos de infeção urinária, era mobilizada uma logística especial no respeito pelas normas de prevenção, evitando a contaminação. Todos os casos compreendiam a construção de um PII individualizado da responsabilidade do seu gestor. Associado à terapia convencional, coexistia uma cultura de cuidados, onde o lúdico era mobilizado numa construção do cuidar que procurava estreitar as interações e conquistar a colaboração do idoso, num caminho de construção do autocuidado que procurava aproximar o idoso do regresso a casa.

Constatámos que estas atividades eram mediadas por objetos essenciais ao desenvolvimento das mesmas, mas que para além disso se cruzavam com a cultura de cuidados e sentimentos anteriormente manifestados, pois por vezes apesar de não serem necessários, eram admitidos nos cuidados pelo conforto proporcionado. Contudo, apesar das medidas adotadas para a contenção de urina, do estabelecimento de horários de esvaziamento ou mudança de dispositivos de contenção e até por vezes o recurso ao aviso de voz nos idosos orientados e colaboradores, o treino de hábito apenas era observado nalguns casos e o treino

vesical não era efetuado, conforme se ilustra em seguida (Figura n.º 7).



Figura n.º 7 – O acompanhamento: Logística, atividades e objetos que enformam os cuidados ao idoso com IU

Todos os sistemas de ação são desenvolvidos tendo em conta os seus constituintes. Também os sistemas de enfermagem são construídos desta forma. Ancorando esta realidade à *teoria dos sistemas* verificamos que a construção de um processo de cuidados deverá ter em conta as necessidades de autocuidado de acordo com as limitações individuais da pessoa, pois do ponto de vista da enfermagem os seres humanos necessitam de auto-manutenção e auto-regulação, isto é de *autocuidado*. A teoria que sustentou a nossa pesquisa incorpora o deficit de autocuidado, dentro da teoria dos sistemas de enfermagem, logo tanto a ação de enfermagem, como a necessidade de autocuidado terapêutico por parte do idoso terão que caminhar lado a lado (Orem, 2001). A autora defende ainda que o enfermeiro legitimado pelas suas capacidades deverá proporcionar os cuidados às pessoas de acordo com as suas necessidades procurando compensar os seus défices, sabendo que o enfermeiro se vê muitas vezes confrontado com a necessidade de desempenhar aquilo que a autora designou por um *conjunto de papeis* (Orem, 2001: 90). No desempenho das suas funções este deverá estabelecer contactos não só com o doente, como também com as suas famílias, médico e

outros profissionais de saúde, tendo ainda em conta o lugar onde os cuidados são prestados, as várias condições ambientais e os recursos que são necessários mobilizar. Verificámos nos resultados anteriormente discutidos esta realidade, onde orientações organizacionais se cruzavam com recursos e objetos disponíveis, que eram por vezes significativos e mediadores na interação estabelecida entre o idoso, o enfermeiro e outros profissionais de saúde.

Constatámos ainda que os bons resultados surgiam, contudo nem sempre tal acontecia, pois além de constrangimentos de vária ordem já ilustrados, várias foram as dificuldades que observámos nos quotidianos e que contribuíam para dificultar o processo de promoção da continência urinária e do autocuidado no idoso.

2.2.2 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As dificuldades sentidas e vividas nos quotidianos

Ninguém espera que um processo de reabilitação e construção ou reconstrução do autocuidado seja fácil, principalmente tratando-se de idosos, alguns dos quais já com necessidade de uma ajuda parcialmente compensatória antes de terem sofrido a doença que os conduziu às unidades (Nazarko, 2012a, 2012b, 2015; Abrams *et al.*, 2013; Reid, 2014). Muitos destes idosos apresentavam ainda comorbilidades que tornavam o processo mais complexo. Num esforço de tradução destas realidades, agrupámos as **dificuldades** encontradas em duas dimensões, uma primeira relacionada com os *idosos* em si e uma segunda conectada às questões do *ambiente organizacional*.

Wagg *et al.* (2013) referiram-se aos idosos mais frágeis e com IU, como apresentando múltiplos desafios. Começámos precisamente a apresentação dos nossos resultados, fazendo referência a alguns. No decurso do nosso trabalho, verificámos que não era só a visão do corpo envelhecido e os sentimentos negativos, que se tornavam um desafio para a construção do autocuidado, outras dificuldades eram emergentes. A *idade* foi uma delas, embora tal por si só e isoladamente não pudesse ser considerado linear. Também o estado cognitivo e de *orientação* espaço temporal, associado ao tipo de patologia, era alvo de atenção particular no processo de reabilitação e construção do autocuidado no idoso com IU pela influência que tinham sobre o processo.

Varia claramente consoante a patologia e idade. No caso do AVC, doença neurológica varia de acordo com a idade do doente, varia de acordo com a extensão do AVC, dos antecedentes anteriores ao AVC, se antes já tinha incontinência ou não e da capacidade e da capacidade cognitiva que o doente tem para colaborar, porque é preciso colaboração na reabilitação da IU. (E11_UV_Med2)

A manifestação da *vontade de colaborar* estava por vezes diminuída, devido a estas alterações cognitivas.

Nós não nos podemos esquecer que normalmente os idosos que não querem, ou que aderem pouco a estes programas e a esta nossa tentativa de autonomização, são aqueles que cognitivamente, e a psicóloga poderá falar melhor sobre isso, que cognitivamente já têm algumas alterações. (E2_UV_Fis_Focus)

Lá está, são, acabam por ser os doentes mais dependentes, quer a nível físico quer a nível psicológico, não é, e claro que trabalhar essa questão com doentes com alterações cognitivas é muito complicado. Claro que não há capacidade de insight para assimilarem isso, é difícil, é, é difícil. Mesmo pessoas com défice cognitivo ligeiro já é difícil. (E5_UV_Psi_Focus)

Os enfermeiros referiram a orientação espaço temporal e a vontade em colaborar como relevantes.

Se for uma pessoa que não tenha orientação no espaço, tempo e pessoa, isso torna-se praticamente impossível de controlar, o retirar uma fralda será muito, muito difícil, se não impossível. Se a pessoa estiver orientada e a vontade for reduzida, fica difícil também porque a pessoa vê a reabilitação como “consigo o mínimo, então chega”, se for uma pessoa orientada, com vontade, mesmo tendo mais idade, menos idade, sim é possível, é viável. (E12_UV_Enf3)

Também a *mobilidade comprometida*, tão comum nos idosos que se encontram internados constitui uma dificuldade, pela demora no percorrer do caminho para o WC e também pela dificuldade em vestir / despir.

Às vezes a incontinência também tem a ver com a perda de capacidade de conter a urina quando têm alterações de mobilidade, isto acontece muito. O doente quando se apercebe que necessita urinar, não tem capacidade de forma autónoma [ir ao WC] e a incontinência acaba por ser mais por aí, e acaba por fazer na fralda ou onde quer que seja. Aqui estas incontinências resolvem-se como? Resolvem-se melhorando a questão motora do doente. Nós temos muitas situações infelizmente deste género, os doentes estão à espera e acabam por não conseguir suste-se até que chegue a ajuda necessária. (E4_UA_Enf2_Focus)

Os idosos corroboraram tais afirmações, reforçando o agravamento de perdas anteriores à doença, pelo défice de mobilidade.

Agora que parti a perna pior, não sei como vou ou como não vou. Eu lá na minha casa punha o penso e de vez em quando ia tirar, mas agora aqui faço, tento ir de vez em quando, mas tenho que estar a pedir, não ando da mesma maneira, não é, tenho que pedir a uma auxiliar que vá comigo ao WC e depois já estou molhada. (I19_UV)

Uma outra dificuldade encontrada no quotidiano é a presença de *algália*. A algaliação constitui uma preocupação para a equipa multidisciplinar e para o idoso.

A utente mais idosa que está algaliada e neste momento não quer andar pelo facto

de estar com algália, porque ela com o peso á medida que vai enchendo, mesmo com as formas que temos de colocar a algália junto à perna com meias e afins, á medida que vai enchendo, acaba por arrastar conforme anda e ela nega-se completamente a andar. Isto é uma prova concreta, que neste momento uma incontinência com algália tem impacto direto com a reabilitação do utente. (E2_UA_Fis1)

Também na UV, observámos uma situação semelhante.

A algaliação influencia sempre muito a fisioterapia. Os próprios doentes queixam-se dizem “está aqui o tubo, só atrapalha”. (DC_UV)

Durante a nossa permanência nas unidades, verificámos que a retirada da algália é sempre uma prioridade, quando não existe indicação clínica em contrário, é aliás um dos assuntos muitas vezes abordado durante as reuniões de equipa, pois a presença da mesma e do saco coletor interfere na mobilidade e exercícios que são necessários executar. Numa observação efetuada no ginásio de fisioterapia uma das técnicas referiu:

Interfere também na concentração do utente nos próprios exercícios, pois este está muitas vezes preocupado. Temos algumas estratégias que aprofundamos com os utentes e a equipa de enfermagem, nomeadamente passar o tubo do saco coletor pelo bolso fundo das calças e colocar o mesmo dentro de um saco. É cómodo e estético para o utente. Contudo isto implica descoser o forro do bolso e há utentes que recusam. Por isso logo que se considere conveniente, toma-se a decisão de retirar a algália. (DC_UV)

As fraldas representavam para os utentes um volume acrescido que dificultava os movimentos, talvez por isso a cueca fralda representasse para muitos a progressão no processo de reconstrução e promoção do autocuidado. Devemos ainda salientar que o uso de algália e saco coletor visível era constrangedor para os utentes, cruzando-se com sentimentos de vergonha, sendo alvo de atenção particular por parte de enfermeiros e auxiliares, que intervinham com uma camuflagem que ao mesmo tempo permitisse o bom funcionamento do dispositivo.

(...) tentamos que o saco fique sempre protegido de maneira a que o utente não sinta que a outra pessoa está a ver que ele tem o saco, mesmo para ir para a fisioterapia, fica sempre colocado na perna, escondidinho com a meia, sempre de forma a que o chichi corra normalmente. (E13_UA_Aux1)

Temos por exemplo uma utente atualmente na unidade que tem essa preocupação. A utente está agora algaliada porque tem lesões [pele] e faz levante para cadeira de rodas. A primeira preocupação dela é dizer “arranjem-me um saco de plástico preto e a mantinha para eu esconder a minha algália”. A exposição neste caso para se sentir confortável, tem que ser nula. (E12_UV_Enf3)

Também nos foi revelado que no turno da noite era mais difícil conseguir a colaboração dos utentes no sentido do esvaziamento vesical, referindo que tal também estava relacionado com a terapêutica efetuada pelos utentes.

Relativamente à situação de eliminação vesical, hoje só tem alguns episódios de perda urinária à noite, a enfermeira diz “por vezes é difícil acordar por causa da medicação que toma, a Quetiapina. (DC_UA)

O turno da noite é mais difícil, depende também do estado cognitivo da pessoa, por exemplo, se for um homem com urinol, por vezes já não consegue manusear ali muito bem o urinol e acaba por ter um acidente. Depende também se faz alguma medicação que os deixa um pouco mais sonolentos. (E8_UV_Enf2)

Alertados para este facto, quisemos perceber, quantos medicamentos tomavam os idosos e se entre estes haveria algum que provocasse sonolência. Verificámos com a colaboração dos enfermeiros, que os idosos que integraram o nosso estudo tomavam entre 1 e 16 medicamentos diferentes, incluindo os dirigidos à gestão da IU, numa média de 9, sendo que apenas 2 (1 na UA e 1 na UV), não tomavam medicamentos que provocavam sonolência. Estes valores são superiores aos encontrados por Henriques (2011), mas vão ao encontro dos encontrados por Periquito, Silva, Oliveira, Carneiro, Fernandes & Costa (2014).

O consumo de medicamentos como antipsicóticos e antidepressivos, além da polimedicação, embora não tenha sido estabelecida relação direta, poderão estar associados ao risco de queda, principalmente no idoso que tem IU (Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama & Pedro-Cuesta, 2013; Abreu, Reiners, Azevedo, Silva & Abreu, 2014; Arco *et al.*, 2017). Além dos estados de sonolência associados à terapêutica, outros fatores poderão aumentar a probabilidade de ocorrência de incidentes nocivos como a queda, tais como o peso dos dispositivos de contenção, bem como o volume que lhes é associado e que dificulta a mobilidade, associado ainda aos sentimentos de vergonha pela situação.

Com a cultura deles, muitos vêm de meios rurais e aquilo para eles, fazer chichi na fralda como eles dizem “Eu nunca na minha vida fiz chichi na fralda, eu nunca fiz chichi na cama” e depois temos muitos deles que já têm feito a adaptação, já andam pelo pé deles e isso tudo e vamos dar com eles a tentarem-se limpar no WC sem conseguirem. E é um perigo por causa das quedas. (E10_UV_Aux2)

Além dos riscos já apontados, observámos situações em que os utentes protagonizavam iniciativas perigosas e que estas estavam associadas à AVD eliminação vesical, sendo que dois dos entrevistados tinha tido uma queda.

I4_UV : Caí, fui à casa de banho e depois disse para verem isso, encostei-me aquele varão que estava solto, eu escorreguei caí e fiquei no chão.

Ent: Porque não chamou para a ajudarem a ir à casa de banho?

Porque eu sei que não sou capaz de chamar uma pessoa que está a dormir, não sou capaz. (I4_UV)

Olhe a queda que tive, fui ao WC e depois vim de lá e sentei-me na borda da cama, e depois estive ali um bocadinho sentado, depois pensei, agora sento-me na cadeira, ora bem a cadeira estava assim de lado e pronto. (I17_UA)

Olhe, às vezes já não chamo, como tomo banho, para não estar sempre a chamar, aborrece-me, para não estar a dar fezes. Até porque elas vão, mas eu tomo muitos comprimidos para a tensão, tive uma semana que estava a 23 e elas deram-me tantos comprimidos que me controlaram, estavam lá sempre. Eu digo “Ai Senhora Enfermeira é uma vergonha”. E elas dizem: “Não faz mal”. E eu digo “Não vou beber água” e elas dizem “Tem que beber, não faz mal”. (I22_UA)

Por vezes os utentes reconhecem que os funcionários têm muito trabalho e sentem necessidade de lhes poupar tempo, no entanto esta decisão conduz a iniciativas que poderão ser perigosas.

Eu pensava estou no hospital e a cueca fralda se acontecer alguma coisa, deito fora. Sinto-me mais segura e poupo trabalho às funcionárias, pois. (I15_UA)

O *tempo* ou o “*chronus*” deve constituir uma atenção quando se faz pesquisa no terreno e mais quando se utiliza uma abordagem etnográfica, pois também ele integra a *cultura*. Na nossa pesquisa o *tempo* e os *tempos* cruzaram-se com as dificuldades encontradas não só pelos idosos, mas também pelos profissionais.

Muitas das vezes não chegamos já a tempo. (...) Na sala de convívio não há campainha e nós andamos por perto, mas muitas vezes quando lá chegamos, já não chegamos a tempo. (E10_UV_Aux2)

Por vezes é complicado. Há vezes em que o serviço está muito complicado, muito complicado e é por isso que às vezes não chegamos a tempo e não conseguimos dar conta de tudo ao mesmo tempo, claro. Somos poucos. Às vezes não dá para ir, as manhãs, principalmente são muito complicadas. (...) às vezes é mesmo difícil dar resposta. A gente gostaria de estar um bocadinho mais com eles, falar, mas é mesmo muito complicado. Eles às vezes metem-se com a gente, a gente responde tudo bem, mas não é por muito tempo, claro. (E14_UA_Aux2)

Não tendo uma dimensão homogénica, o “não chegar a tempo” traduzia-se na singularidade da *perda*, já antes referida e que aqui eleva a dimensão aludida inicialmente. De um lado estavam os idosos pela dificuldade na mobilização e patologia associada, não chegavam a tempo de urinar no WC e eliminavam na fralda, do outro os profissionais, pelas várias atividades que tinham não chegavam a tempo de responder à solicitação.

Quisemos perceber porquê e verificámos a existência de *complexidades relacionadas com os recursos humanos* que por vezes ocorria devido a condicionantes vigentes e às dinâmicas das instituições, reconhecidas pelos profissionais e pela coordenação enquanto dificuldade.

E14_UV_Enf4: A convalescença é um serviço com determinadas especificidades e em termos de, principalmente auxiliares, nem sempre o número que está é o real, ou seja, muitas vezes há faltas que não são supridas, isto é, não são completadas essas faltas e o que acontece é que nuns turnos temos por exemplo 5 pessoas de manhã, noutros temos 4.

Ent.: Isto depois tem influência nos cuidados, por exemplo de eliminação?

E14_UV_Enf4: Completamente, condiciona em todos e particularmente nesse aspeto. Não se tem aquela atenção que se deveria ter, as idas ao WC são programadas o que pode não fazer sentido, mas são, o treino para a eliminação muitas vezes não é feito como se deveria ou como se gostaria que fosse, por dificuldade e constrangimento do número de pessoas e profissionais que condiciona os cuidados, naturalmente. (...)

Ent.: Quais os principais constrangimentos para a promoção do autocuidado na IU?

Falta de tempo, que se reflete pela falta de recursos adequados para que possamos ir ao encontro desta promoção individualizada do autocuidado. (E14_UV_Enf4)

Os utentes referiam também esta situação.

É como eu estou a dizer, eu chamo para ir ao WC, mas se não vêm logo, logo, já eu estou urinado, na fralda, não sou capaz de me suster. (I17_UV)

Por outro lado também a rotatividade dos recursos humanos era uma realidade. Principalmente os enfermeiros, mas também os auxiliares permaneciam relativamente pouco tempo nas instituições, buscando melhores condições de trabalho fora da RNCCI como nos foi dito pelos enfermeiros coordenadores.

Tem várias vertentes, uma delas é essa, porque nós enquanto instituição, estamos também a formar enfermeiros para depois também abraçarem outros projetos e ir nomeadamente para o hospital e isso é uma vertente. A outra tem a ver com a própria dinâmica da instituição e com a necessidade que tenho de encontrar motivação na mudança. (E14_UV_Enf4)

Às vezes as coisas complicam-se um bocadinho, quando assistimos a alguma rotatividade do pessoal como temos assistido. Nós temos muitos enfermeiros que vão saindo para outras instituições e todos os que vêm, têm que ser integrados dentro desta ótica. A verdade é que apesar de nos ocupar algum tempo, de treinar as pessoas neste âmbito, não temos tido grandes dificuldades, porque as pessoas acabam por se integrar bem dentro da equipa e perceber como isto funciona. No entanto sabemos que isto nos acarreta um esforço adicional, porque vamos ter que ensinar as pessoas a perceber como isto funciona, como são as rotinas, o que fazemos. Percebemos ainda, quando entram pessoas novas, que às vezes existem algumas regressões naquilo que já tinha sido conseguido, não porque as pessoas não façam as coisas corretamente, mas porque não têm essa sensibilidade. (E11_UA_Enf3)

Enfermeiros, auxiliares e idosos aludiram à falta de tempo ou ao não chegar a tempo o que nos poderia remeter para um défice de recursos humanos, contudo não podemos retirar esta ilação, para tal seria necessária outra investigação relacionada com as dotações necessárias. No entanto dos discursos cedo emergiu uma realidade reconhecida até ao nível macro da coordenação da rede, prendendo-se com a rotatividade existente na mesma.

O que agrava ou dificulta esta situação, eu diria que não tem tanto a ver com a falta de recursos, tem mais a ver com aquilo que podemos chamar a baixa atratividade,

ou a baixa capacidade de fixação de recursos da rede. (...) Frequentemente, profissionais que vão para a rede, são profissionais recém-licenciados e alguns deles não vão para lá por primeira opção, vão para lá porque foi onde conseguiram arranjar, não estão verdadeiramente vocacionados. (...) A rede ainda não criou um conjunto de fatores adicionais que atraiam e fixem os profissionais, como por exemplo se nós pensarmos num enfermeiro a prestar cuidados num hospital público, ou nos cuidados de saúde primários, o profissional tem a perspetiva de uma carreira, tem a perspetiva de formação, etc., aqui não tem perspetiva, porque na maior parte das unidades não há propriamente uma carreira estruturada nem regras propriamente definidas de progressão nessa carreira. (Coord_Rede)

De referir que durante os dois anos e meio em que decorreu o nosso trabalho de campo, da UV saíram 5 enfermeiros e da UA 7 numa equipa com uma média de 13. Também é notória a média de idade destes profissionais, relativamente aos outros técnicos. Dos enfermeiros que integraram o nosso estudo, a média de anos de serviço era de 7,2 anos num intervalo entre 2 e 12 anos, como já salientámos, sabendo que esta média está aumentada pela experiência profissional dos enfermeiros coordenadores das UC, ambos com 12 anos. O *desconhecimento e défice de formação* emergiu, por um lado agregado à própria rotatividade, por outro, sendo considerado presente mesmo em profissionais que ali permaneciam há algum tempo.

A questão é que não estamos despertos para o “eu quero ir à casa de banho”, “tem que esperar só um bocadinho”, isso é uma coisa que existe. (E2_UV_Fis_Focus)

Pela falta de recursos humanos e também honestamente pelo próprio desconhecimento dos profissionais. (E14_UV_Enf4)

Foi evidente este desconhecimento ou a desvalorização como já foi avançado anteriormente, acerca da necessidade de promoção do autocuidado na IU. O *“faça na fralda”* foi identificado nos quotidianos das unidades tanto pelos utentes como pelos profissionais.

Olhe agora tenho sempre fralda. Dizem-me para fazer na fralda. Mas na cama custa-me muito. (...) À noite, então na cama. Não tenho posição, fico desconsolada. (I18_UA)

Às vezes quando dou por mim, já estou a fazer. Ainda hoje mudaram-me e depois perguntei se me chegasse vontade de fazer chichi, ir à casa de banho, disseram-me que fizesse na fralda que não fazia mal e eu fiz. (I3_UV)

Quando eles não percebem [auxiliares], às vezes as coisas são mais difíceis, porque ainda vivemos naquele conceito de que quando dá um bocadinho de trabalho, “faça na fralda”. (E4_UA_Enf2_Focus)

É sabido que uma grande parte do conhecimento está integrado na prática, a este respeito Benner (2001), alude ao saber-fazer da enfermeira perita, situação dificilmente alcançável para a maioria dos profissionais de enfermagem que integram estas equipas, pelos

anos de experiência profissional dos que estão diretamente na prestação de cuidados. Também Orem (2001: 133) refere que “Os enfermeiros desenvolvem os seus poderes e capacidades (*nursing agency*) através da educação e experiência”¹⁷. A autora acrescenta ainda que a qualidade dos cuidados ou ação de enfermagem varia de enfermeiro para enfermeiro, sendo associada aos saberes. Verificamos desta forma, que a construção dos cuidados de enfermagem emerge não só da formação inicial do enfermeiro, mas também de um percurso que é efetuado aliando a experiência profissional à atualização e progressão da formação.

Estas situações foram mencionadas também pela coordenação central, que reconheceu ser necessário tempo e experiência, para que a incorporação de um modelo de prestação de cuidados não centrado essencialmente na doença, mas na pessoa e família com uma forte componente de multidisciplinaridade, possa ser efetuada. Tal modelo, necessita de tempo para ser interiorizado, ora havendo esta rotatividade nas equipas, a interação incorporação do modelo de prestação de cuidados, fica comprometida com a saída de profissionais, principalmente havendo a partida de vários em simultâneo.

Ora sabendo nós que isto exige que as pessoas consigam perceber este modelo de cuidados e começar a trabalhar de acordo com ele o que leva tempo e depois o que acontece é que mal eles estão a entrar têm uma oferta melhor, vão-se embora e depois vêm outros, é claro que isto gera uma instabilidade nas equipas, e é claro que isto gera um efeito quase de montanha russa em que em determinado momento a equipa parece estar a atingir um patamar muito bom e de repente saem 2 ou 3 às vezes 4 de uma vez só. Basta abrir um concurso e há equipas que ficam desfalcadas e isto de facto é um problema. (Coord_Rede)

Contudo não podemos deixar de acrescentar que apesar de existirem estas situações, assistimos durante a permanência no terreno a outras que contribuíam para a promoção do autocuidado na IU. Vimos auxiliares dirigirem-se aos utentes e perguntar se queriam ir ao WC sendo que por vezes estes diziam que não, insistindo os auxiliares na questão, conseguiam em alguns casos a colaboração. Mais tarde quando questionados acerca desta atitude, um disse:

Estamos com atenção, começa muitas vezes assim, até que no fim andam pelo seu pé e vão sozinhos. Aí é outra preocupação para ver se não caem, mas estamos cá para isso, é o nosso dever e também ficamos muito contentes quando os vemos sair melhor e a andar. (DC_UA)

As dificuldades encontradas nos quotidianos de cuidados encontravam-se ancoradas a uma cultura de cuidados, que se cruzava com aspetos *pessoais* como a idade e as condições de *saúde / doença* como a cognição a patologia e a mobilidade comprometida e até iniciativas

¹⁷ “Nurses develop their powers and capabilities to nurse (their nursing agency) through education and experience” (Tradução da autora).

perigosas levadas a cabo pelos idosos. Por outro lado também o *ambiente* era protagonista. A rotatividade de pessoal e o desconhecimento e défice de formação na área da IU eram fatores que se cruzavam com o tempo crucial de resposta a uma necessidade premente, interferindo nos *cuidados*. Assim nestas unidades haviam por vezes tempos, onde não havia tempo para responder a tempo a uma necessidade que precisava de resposta atempada (Figura n.º 8).



Figura n.º 8 – O acompanhamento: As dificuldades subjacentes à construção do autocuidado

A par das culturas pessoais e profissionais também o ambiente organizacional constitui um universo importante que poderá ter influência nas intervenções que visem o tratamento da IU e promoção do autocuidado se a equipa multidisciplinar for envolvida e participar ativamente, assim como o doente e família (Coffey *et al.*, 2007; Nyman *et al.*, 2017; Spencer *et al.*, 2017; Arkan, Beser & Ozturk, 2018). Encontrámos dificuldades, mas também atividades e intervenções que eram concebidas alicerçadas numa cultura de cuidados que procuravam a promoção do autocuidado. Sustentados nestas premissas e nos dados encontrados, percorremos o caminho no sentido de conhecer as estratégias que eram mobilizadas para atingir os objetivos traçados no PII do idoso com IU.

2.2.3 – Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As estratégias mobilizadas

As reflexões apresentadas fizeram emergir um conjunto de realidades impostas nos quotidianos, ligadas à natureza de um processo de cuidados complexo como é o caso da IU. Pela área corporal envolvente, remetendo à intimidade que imersa numa cultura enraizada ainda é vigente, constitui por um lado tabu silenciado pelo idoso, até junto dos cuidadores, por outro é presente numa estreita conjugação à limitação imposta pela doença. As conceções e as realidades apareceram num ambiente que procurando ser promotor do processo de autocuidado, tinha subjacente dificuldades que enquanto fatores contextuais eram limitadores do mesmo.

Era essencial gerir o processo de cuidados e continuar o acompanhamento do idoso num contexto onde segundo Nazarko (2017) e Spencer *et al.* (2017) a enfermagem tem um papel preponderante, ao nível do cuidado holístico, bem como na capacidade de comunicação e articulação com os atores presentes nos quotidianos. As **estratégias mobilizadas** surgiram como domínio estruturante da construção do autocuidado ao idoso com IU, quando indagámos acerca das mesmas. Estas apareceram numa simultaneidade temporal traduzida no *envolvimento do idoso* tornando-o sempre que possível em parceiro de cuidados, na *multidisciplinaridade*, através do envolvimento dos diversos profissionais num processo em que o *enfermeiro era ator chave da interação* estabelecida.

Os modos e as formas de ação eram alicerçados em estratégias mobilizadas no intuito de estimular, reabilitar e reforçar as capacidades do idoso sempre que tal era possível, com o propósito de ultrapassar as limitações. O *envolvimento do idoso*, tornando-o *parceiro nos cuidados* era estratégia presente e valorizada pelos vários profissionais da equipa no sentido de cumprir um dos objetivos deste processo de promoção do autocuidado que é o recuperar as rotinas prévias à doença e preparar o regresso a casa, como podemos verificar na discussão efetuada durante o *focus* que efetuámos.

Também já temos vários pedidos que ao mesmo tempo são engraçados de pessoas, pronto, são engraçados e não são, de pessoas que pedem para os acordarmos durante a noite porque eles não querem... Eles querem fazer xixi, não querem correr o risco de depois acordar com a fralda toda urinada. (...) E se ela já tiver autonomia, por exemplo, para andar de andador incentivamo-la a ir ao WC e não a fazer na fralda ou na arrastadeira. (E4_UV_Enf1_Focus)

Ent.: Então envolvem o idoso na promoção do autocuidado?

Sim, claramente. Mesmo que ela tenha urina na fralda e que diga, mas eu não tenho vontade, então mas vamos lá experimentar e vamos levantar à mesma, porque ao fim de três, quatro, cinco meses ela compreende que tem que se

levantar. (E4_UV_Enf1_Focus)

É muito o incentivar e validar. (E5_UV_Psi_Focus)

A pessoa pensa, eu até me apetecia fazer na fralda, mas já que me tenho que levantar daqui a bocado até aguardo um bocadinho, acaba por ser (...). (E2_UV_Fis_Focus)

Mas que depois vai acabando por tornar-se rotina, é rotineiro. (E5_UV_Psi_Focus)

Porque as pessoas perderam a rotina da vida delas que tinham em casa. (E2_UV_Fis_Focus)

O mesmo foi corroborado pelo enfermeiro 2 da UA.

Nós o que costumamos fazer muito aqui, tem a ver nestas situações da IU, naqueles doentes em que percebemos que têm perdas esporádicas, uma das coisas que decidimos aqui em equipa é a necessidade de levar o doente à casa de banho a horas específicas e esse tipo de treino, nós combinamos, agendamos e as pessoas sistematicamente, o que fazem é nesses horários levarem os doentes à casa de banho. O treino é feito dessa forma e o doente também é estimulado a que ele próprio tome conta disso. (E4_UA_Enf2_Focus)

O envolvimento do idoso sendo “ele próprio a tomar conta” é extremamente importante indo ao encontro do preconizado pela RNCCI e ainda no sentido de avaliar a verdadeira presença de IU, pois um dos utentes que nos foi referenciado disse que quando estava na outra instituição urinava na fralda porque estava imobilizado.

Antes de vir para cá, porque quando estive lá amarravam-me e depois eu não conseguia urinar. Então tinha que fazer na fralda. (...) Mas depois aqui comecei a urinar. Lá tinha que urinar na cama, depois aqui já podia urinar no frasco. (I13_UA)

A disponibilização de objetos facilitadores do envolvimento do idoso enquanto parceiro nos cuidados era muito apreciado por estes. O urinol ficava ao alcance para que fosse utilizado. Também na UV eram deixadas fraldas e pensos nas unidades dos utentes. De uma forma geral estes tentavam colaborar nos cuidados, sendo esta colaboração progressiva, à medida que iam evoluindo no processo.

Olhe chamo a empregada para ir ao WC, para não piorar. E tento colaborar, cumprir o que me dizem. Estou habituado, também tenho diabetes e tenho que cumprir. (I20_UV)

I18_UA: Eu colaboro em tudo, na fisioterapia e nas outras, vou de manhã e agora vou almoçar e de tarde faço outras.

Ent.: Então considera que colabora no seu processo de autocuidado?

Sim, às vezes não tão bem como gostaria, mas então é assim. (I18_UA)

Com a evolução, tinham até perceção das atividades onde era mais difícil reter a urina, tomando medidas preventivas como manter a fralda durante as sessões de fisioterapia.

Às vezes posso ter vontade de fazer e sinto-me à vontade porque estou preparada. (I3_UV)

Esta parceria nos cuidados representava para os idosos, à medida que recuperavam, o

caminho que tinha a “liberdade no horizonte”. Os idosos que reuniam potencialidades de recuperação iam mostrando iniciativa na realização do autocuidado, transitando gradualmente do completamente compensatório, para o parcialmente compensatório, mediado pelo apoio e ensino.

I9_UV: “Deixem-me aqui as toalhinhas.” E elas deixam lá as toalhinhas. Que eu depois levanto-me, com as minhas paciências todas, (...) durmo sempre com uma camisinha daquelas brancas mais nada, para não estar a vestir tanto e a despir tanto.

Ent: É importante para si conseguir fazer esses cuidados sozinha?

I9_UV: Sim, sim, sim, muito importante. Porque gosto de ser independente e não gosto de ser... de estar à espera que me venham vestir, por isso é que elas me deixam sempre a toalha à noite, quando elas lá chegam já eu estou lavada, vestida e é só atarem-me os sapatos, digo assim: “É só o que preciso, vocês atarem-me os sapatos.” Mas agora ainda compro os sapatos sem atilho, só daqueles de enfiar. (I9_UV)

Fiz aqui [UC] e depois comecei a controlar melhor também depois da fisioterapia e de coisas que me mandavam fazer e então passei da fralda para a cueca fralda e então, também já passaram quase três meses e agora até vou sozinha ao WC de noite. Sinto vontade e vou devagarinho com as canadianas e vou, já trato de mim. (I15_UA)

Era muitas vezes a preparação para o regresso a casa que também se fazia de forma gradual, com saídas programadas ao fim de semana.

Sabe, vou a casa no fim de semana. Vou indo, pouco a pouco. Agora vou ao WC e faço, embora tenha havido uma vez ou duas que não deu tempo e tive que me lavar. Acontece, por isso é melhor a cueca fralda. (I23_UA)

Havia no entanto situações devido às características dos idosos e patologia subjacente como já ilustrámos no capítulo anterior, onde o envolvimento deste é dificultado, quer pela motivação e vontade de se envolver nos cuidados, pelo potencial de reabilitação ser baixo, quer ainda por razões de ordem cognitiva.

É sempre muito complicado, mas é envolvido tentando promover a autonomia, dizendo-lhe que pode, é engraçado, porque alguns preferem realmente continuar com a fralda e não ter que se preocupar com isso. Portanto, temos que escolher, entre os que têm ainda capacidade e desejo, portanto, e nesses vamos tentar ao máximo promovendo horários de rotina, para irem urinar, tentando retirar durante o dia a fralda, para os fazer lembrar com mais urgência e mais acuidade que têm que ir urinar. (E7_UV_Med1)

Eu acho que tem mesmo a ver com a motivação intrínseca e o facto de estarem ou de serem pessoas mais, se calhar um bocadinho a questão da dependência emocional também. Acho que a personalidade prévia influencia muito a forma como a pessoa lida com a situação de dependência atual, e eu penso que tem muito a ver com isto. (E5_UV_Psi_Focus)

Quando o idoso não podia colaborar, os cuidados aconteciam no respeito pela individualidade do mesmo e pelos seus sentimentos. Nestes casos observámos que os profissionais se tornavam os guardiões da intimidade e do conforto do idoso. No início da

observação perguntámos a uma auxiliar, por que razão os utentes mais dependentes permaneciam na sala perto do refeitório.

(...) porque estão mais perto de nós, para os ajudar a comer, ir ao WC. Limpar quando é preciso, arranjar [posicionar no cadeirão] porque começam a escorregar, é mais fácil. (DC_UA)

Mais tarde a mesma auxiliar chamou a atenção para o senhor que está no cadeirão.

(...) diz baixinho “olhe, todo babado, não se pode sentir bem”. Dirige-se ao utente e limpa-o, regressa, mas antes faz-lhe uma festa na face, o utente esboça uma tentativa de sorriso [desvio da comissura labial]. (DC_UA)

A necessidade de quebrar o ciclo de dependência quer fosse pela substituição do utente numa perspetiva do cuidado completamente compensatório, quer com o envolvimento deste, integrando o parcialmente compensatório ou de ensino, estava presente como promotora do bem-estar. Agregando as formas de ser, estar e agir do idoso, os modos de ação eram intencionalmente modelados. As vivências da unidade social que era a UC eram construídas numa interação onde as relações interpessoais eram valorizadas como modo integrador do idoso na sua singularidade, reconhecendo sempre que possível as suas preferências no percorrer de um caminho que os levasse de regresso às suas rotinas.

No entanto, esta construção cultural de cuidados, integradora do idoso enquanto parceiro, comportava também riscos associados que era necessário controlar. Encontrámos neste quotidiano a dimensão que chamámos de *independência controlada*. Esta surgia quando os idosos começavam a recuperar a sua funcionalidade, que se traduzia no caso da IU, pelo deixar da fralda, o uso da cueca fralda e pelas idas ao WC com menos acompanhamento. Esta interdependência controlada foi reconhecida pelos profissionais enquanto risco, mas necessária à construção do processo de autocuidado.

Nós arriscamos mais “entre aspas” o dar esta autonomia quando notamos um doente que quer ir, e está sempre eu já posso ir, empenhado em ir, e se eu fizer estes exercícios todos e se eu andar sozinho com o andarilho já vou poder ir sozinho à casa de banho. (E1_UV_TO_Focus)

Constituíam um processo constante de negociação e gestão do risco.

Eles faz-lhes muita diferença o terem que pedir para ir à casa de banho, o terem que esperar que alguém possa, para ir à casa de banho. Às vezes até são reticentes a trocar de andarilho para auxiliares que seja necessário menos dependência, porque perdem o à vontade de ir sozinhos à casa de banho. (E2_UV_Fis_Focus)

Verificámos existir uma cultura de cuidados que tinha este risco como grande preocupação, mas ao mesmo tempo a própria organização, contemplava medidas preventivas.

Em ambas as unidades o risco de queda era avaliado com a aplicação da escala de Morse. A UA adotou ainda uma política de prevenção que integrava inclusive a pulseira de identificação dos utentes.

Existia um cartaz afixado e que continha entre outras a seguinte mensagem: Pulseira verde – Podem circular autonomamente; pulseira amarela e vermelha – tem que estar acompanhado. (DC-UA)

Sempre que existia um acidente ou incidente, este deveria ser registado. Na UA existia ainda um aplicativo informático próprio, sendo estabelecido um protocolo de intervenção:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PULSEIRA VERDE:

Gerir e otimizar ambiente físico:

- *Luminosidade, ruído, odor e temperatura;*
- *Manter disposição do espaço físico, sem obstáculos;*
- *Providenciar acesso fácil a campainha, objetos pessoais e produtos de apoio;*
- *Manter janelas fechadas.*

Baixar a cama ao máximo (na vertical).

Manter a cama, cadeirão e cadeira de rodas travadas.

Ensinar sobre prevenção de queda:

- *Informar o utente / família para a possibilidade de queda e dos recursos disponíveis para a prevenção das mesmas, nomeadamente a adequação do calçado.*

Monitorizar o risco de queda pela Escala de Morse.

INTERVENÇÕES PULSEIRA AMARELA:

Incluem as intervenções para utente com pulseira verde.

Otimizar medidas de segurança (grades da cama e dispositivos de segurança).

Supervisionar:

- *Deambulação e atividades;*
- *Posicionamentos e idas ao WC.*

Assistir no uso e manutenção de equipamento adaptativo: prótese dos membros, ocular, auditiva, produto de apoio.

INTERVENÇÕES PULSEIRA VERMELHA:

Incluem as intervenções para a pulseira amarela.

Limitar a atividade física do utente.

Assistir continuamente na deambulação e acesso ao WC.

NUNCA deixar o utente sem vigilância.

Utente deve estar sempre que possível no open-space [espaço que permitia a visualização constante].

Otimizar contenção química e física se necessário (com apoio do médico).

EM SITUAÇÃO DE CONTENÇÃO FÍSICA:

Aplicar o material de proteção (calcanheira, cotovela, almofada de gel) para prevenção de lesões por fricção.

Vigiar os sinais de compromisso neuro circulatório pelo menos duas vezes por turno.

Avaliar a contenção física mobilizando as articulações dos membros, alternar decúbitos e vigiar a integridade cutânea pelo menos uma vez turno.

Reavaliar a necessidade da contenção física por turno. (DC-UA)

Esta diretiva continha ainda instruções sobre o procedimento a adotar em caso de

queda, de acordo com a gravidade da situação, envolvendo a equipa. Esta estratégia pensada tomava forma nas pulseiras de identificação que todos os utentes usavam, conforme preconizado na Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 018/2011 (Direção-Geral da Saúde: 2011) e o onde era acrescentado o risco de queda através da cor da mesma. Mais tarde, foram alteradas sendo todas brancas, no entanto era inserido com marcador uma linha, verde, amarela ou vermelha, consoante o risco de queda avaliado para aquele utente, facilitando a vigilância que era necessário efetuar.

Existia assim uma independência controlada essencial ao processo de construção do autocuidado, muito presente e ligado às questões da eliminação vesical. Examinando as fronteiras ténues com o risco de queda, era aceite por todos como necessário, apesar do trabalho acrescido que envolvia. Várias vezes durante a nossa permanência nas unidades ouvimos os idosos pedir para irem ao quarto. Tal não era mais que a necessidade de utilizarem o seu próprio WC. Geralmente eram acompanhados por um auxiliar ou enfermeiro. Numa das nossas observações anotámos o diálogo entre o idoso e a auxiliar.

“Agora deixa-me ali que eu depois chamo. Já consigo desenrascar-me” A auxiliar acompanhou o utente ajudando-o no WC, encostou a porta e esperou cá fora”. Diz posteriormente, “Como já sabe Senhora Enfermeira, assim que começam a ser capazes querem logo fazer estas coisas sozinhos (...) há utentes que querem estar mais à vontade e nós se houver condições deixamos. (DC_UV)

Os profissionais ficavam à porta, voltando a entrar no WC quando novamente solicitados. Confirmámos no terreno a necessidade que os idosos tinham de efetuar o seu próprio autocuidado dentro das suas limitações, numa recuperação da perda imposta pela doença. Como ilustrámos no capítulo inicial, a ajuda era mobilizada pelos profissionais em consonância com as necessidades que ainda coexistiam. Observámos também o resguardo pela privacidade, dignidade e vulnerabilidade num dever que era encarado enquanto moral e ético, mostrando respeito pelo corpo, pela intimidade e pela pessoa.

Tudo isto era efetuado numa gestão de risco controlado, com fronteiras ténues entre este e a necessidade de preservar a intimidade pois o WC tinha barras laterais de segurança e perto da sanita, uma campainha. Além disso os profissionais estavam ali à porta, ajudando o idoso a levantar e a fazer a sua higiene logo que este chamasse. Era ainda muitas vezes importante insistir no cuidado de ensino, alertando para os benefícios de cumprimento das instruções e riscos associados quando tal não acontecia. Apesar destas estratégias havia situações onde estes riscos eram potenciados, pois alguns utentes levavam a sua autonomia ao extremo, não acatando o ensino.

Já me aconteceu que feri-me. Depois até uma enfermeira disse-me, a senhora não pode fazer isso [automedicação com pomada não prescrita e que veio de casa] e eu disse: pois, cada um sabe de si. (...) A enfermeira é que disse que não usasse esses pensos todos porque fazia quente, se calhar o que ela disse era bem dito, mas eu não liguei importância nenhuma. (I4_UV)

Nestes casos a estratégia utilizada era a mobilização da *equipa multidisciplinar*.

Tentamos que todos possam contribuir para que todos possam confluír para o objetivo que nos propomos inicialmente ou no decorrer do internamento e ir ao encontro desse objetivo para o atingir. (E14_UV_Enf5)

Tendo em conta que a maior parte das vezes os doentes referem-nos estas questões da IU, nós tentamos trabalhar isto e tentamos trabalhar isto como? Vamos ter uma intervenção a nível multidisciplinar de como é que nós podemos ajudar o doente a resolver a situação. (E11_UA_Enf3)

No que diz respeito às formas e caminhos, nem sempre a construção do autocuidado era linear. Verificámos numa primeira instância que logo no acolhimento, havia que saber gerir expectativas, nem sempre reais dos utentes e famílias, pois em certos casos o potencial de reabilitação e a situação clínica do idoso não era compatível com as expectativas apresentadas. Logo neste momento a equipa entrava em ação. Verificámos que quando eram questionadas as expectativas, na maioria das vezes a IU não emergia como eleita enquanto problema principal, mas sim a mobilidade, contudo ao longo do processo de construção do autocuidado a gestão da funcionalidade e da IU “caminhavam” na maioria das vezes “lado a lado”. Em seguida tornava-se necessário ir efetuando negociações, sendo estas levadas a cabo através de interações entre utentes, familiares e profissionais que se teciam no quotidiano. Uma mais restrita idoso / enfermeiro, idoso / médico, etc., outras mais alargadas como por exemplo as conferências familiares, encontrando-se presentes à semelhança do que acontecia no acolhimento, o utente, familiar(es) e profissionais. Em qualquer das circunstâncias a decisão de cuidado era tomada em equipa, na reunião semanal, ou na reunião diária designada “*mini-meeting*”.

Sim, nós até temos uma reunião muito informal, digamos assim, ao meio dia em que falam todos os profissionais, temos a reunião em que está um profissional de cada área, e nessa reunião chegamos à pessoa. (E9_UV_Psi_Focus)

A comunicação nestas unidades constituía o pilar de sustentação das estratégias de atuação. Era reconhecida por todos os membros enquanto necessária, sob o risco de não se conseguir atingir os objetivos, ao não ser observada.

Ent.: Considera que isto é um trabalho de equipa?

Sim, é. Se não, não se consegue. Tem que haver uma comunicação entre todos para ver a melhor forma. (E14_UA_Aux2)

O pináculo desta comunicação era observado na reunião semanal de equipa. Assistimos a várias destas reuniões onde estavam presentes os técnicos que apreciavam a evolução dos utentes. Reviem todos os casos, considerando esta evolução e atualizando o PII. Avaliava-se a “Consolidação de ganhos”, que consistia na estabilização e promoção da reabilitação. Aqui eram ainda decididas as conferências familiares a realizar, sendo as mesmas programadas de acordo com o objetivo que tinham subjacente. Era nestas reuniões que por vezes se acordava o que deveria ser efetuado mediante as reais potencialidades dos utentes e as expetativas que estes tinham. Por vezes eram frutíferas, na sequência de uma destas conferências realizada na UA, onde foi informada e mobilizada a família, durante a hora da visita assistimos a um diálogo com um idoso que falava de cura, respondendo o familiar “*Temos que ir com calma, um dia de cada vez*”. As reuniões semanais de equipa eram também momentos de formação informal, numa reunião, efetuámos a seguinte anotação no diário de campo.

Estão a discutir os PII, a médica faz alguns esclarecimentos acerca da abordagem cirúrgica de uma utente com PTJ [prótese total do joelho]. As fisioterapeutas questionam se podem iniciar “carga”. A médica diz que vai falar com o fisiatra para obter mais esclarecimentos. (DC_UV)

O membro da equipa coordenadora central que entrevistámos referiu algo relevante.

(...) este modelo é um modelo inovador e não tenho dúvida nenhuma que tem muita vantagem independentemente do contexto onde as pessoas trabalhem (...) nós aqui temos insistido na rede e de facto, eu acho que estando a rede centrada não na doença mas na dependência, e estando toda ela focada no potencial de recuperação e daí a linguagem da funcionalidade que é particularmente adequada a isso, quer dizer que desde que haja potencial de recuperação, desde que haja potencial de reabilitação, são feitos todos os esforços para que a pessoa regresse a casa, o mais independente possível. E isto é algo extremamente importante, não tanto em termos políticos (macro) mas é algo extremamente importante para as pessoas, para cada um que por lá passa, porque nesta fase da vida o que as pessoas mais valorizam é serem capazes de cuidar delas próprias. (Coord_Rede)

Verificámos que neste caso as diretrizes emanadas a um nível macro eram respeitadas a nível micro (contextos das unidades), no respeito pela adoção de um modelo de cuidados, onde a interação multidisciplinar era centrada nas necessidades do idoso, considerando ainda a sua dependência e potencial de construção ou reconstrução do autocuidado. Hoje, a abordagem multidisciplinar efetuada numa base comunicacional eficiente com o esbatimento entre as fronteiras no sentido da partilha de saberes e experiências profissionais, é já uma realidade. O estudo de Christiansen *et al.* (2017), efetuado numa unidade de reabilitação Norueguesa, mostrou isso mesmo. Sustentados também numa abordagem etnográfica, verificaram que a promoção da reabilitação dos utentes, sustentada

numa estratégia colaborativa, contribuiu para o objetivo da reabilitação, e ainda para a união dentro da equipa, havendo partilha de informação e de saberes. O estudo alude às potencialidades da aprendizagem realizada quando as fronteiras das profissões se tornam mais abertas, assegurando que cooperação entre os diversos membros da equipa, permitirá não só a consciencialização dos próprios limites como a riqueza do conhecimento.

Esta partilha de conhecimentos estava ainda associada à *ação negociada* com o gestor de caso como ilustramos em seguida. O papel do gestor de caso era importante pela articulação efetuada. Num diálogo informal com uma enfermeira, clarificou-se esta atuação:

Os doentes já vêm referenciados, com diagnósticos, mas chegam aqui e são avaliados, há sempre um gestor de caso, mas são avaliados pela equipa, cada um faz a sua avaliação, mas depois o plano individual de intervenção é elaborado tendo em conta os diferentes contributos. Aqui trabalhamos em equipa, os casos são discutidos. (DC_UA)

É o gestor de caso que gere o processo e negocia a estratégia de ação.

Nós fazemos esta gestão, inclusivamente temos neste momento um doente que é completamente incontinente, tem uma bexiga desinibida, tem sido muito complicado porque está de facto a ficar muito macerado, depois temos que mobilizar estratégias e a única estratégia que temos neste momento é como a situação já está tão má, nós vamos ter que algaliar temporariamente para deixar que aquela pele regenere. Este tipo de discussão é abordado na equipa multidisciplinar, isto foi falado ontem na reunião, nós discutimos isto em equipa, há que avaliar o risco / benefício. (E3_UA_Enf3)

O meu, o teu e o nosso era compreendido e dinamizado firmemente numa articulação multidisciplinar nos quotidianos de cuidados ao idoso com IU. Contudo paradoxalmente, sempre que existia necessidade de efetuar a gestão das condições de eliminação, como por exemplo ajudar o utente a utilizar o WC, este cuidado era sempre efetuado pelos enfermeiros ou auxiliares. De uma forma geral, *a gestão do cuidado sujo* assumia uma situação particular, sendo reconhecida pelos diferentes profissionais como fazendo parte dos cuidados de enfermagem, que poderiam em alguns casos ser delegados nos auxiliares.

*Ent.: Eles solicitam-vos mais a vós ou aos técnicos?
A nós, porque os técnicos não vão com eles. (E9_UV_Aux1)*

Na questão da fisioterapia, articulamos muito. Elas costumam dizer “Veja lá que está urinado, ou o senhor quer ir ao WC” e pronto, sai imediatamente, vai uma senhora auxiliar ou um enfermeiro, com as auxiliares, dizemos “olhe, veja lá” quando estamos a prestar outros cuidados ou tarefas, se não tivermos tempo. (E13_UV_Enf3)

Se a pessoa, imagine quem não pede e está urinado, e eu noto que está urinado, chamo a auxiliar e é trocado, as auxiliares ou os enfermeiros. (E2_UV_Fis_Focus)

Também segundo os utentes, são os enfermeiros e auxiliares os protagonistas destes cuidados.

Ent.: Durante essas sessões às vezes sente necessidade de ir ao WC?

I8_UA: Sim.

Ent.: E quem o leva nessas alturas?

Geralmente pede-se a alguém, aos auxiliares ou aos enfermeiros. (I8_UA)

Os cuidados ao corpo sujo, nomeadamente de ajuda na eliminação e higiene eram aceites e reconhecidos como fazendo parte das funções do enfermeiro. Collière (1989; 2003) e também Lopes (2013) aludem ao facto de os cuidados ao corpo, principalmente quando incluem o cuidado sujo, envolvendo os produtos de eliminação, como um cuidado que foi durante muito tempo considerado menos nobre, de baixo nível que exigiam poucas capacidades. Esta última autora acrescenta ainda que os enfermeiros “não reconheciam nestes cuidados a presença de saberes para além da dimensão técnica a eles associada e do dever atribuído ao papel socialmente esperado” (Lopes, 2013: 291).

Nos quotidianos que observámos, verificámos que por vezes esta perspetiva de cuidados estava presente, contudo também assistimos a situações em que a valorização da cultura profissional do enfermeiro, era reconhecida não só na sua dimensão técnica, mas também teórica e interpessoal, pela forma como conseguiam efetuar diagnósticos, fazer a ponte com outros profissionais e ainda apoiar o idoso, indo ao encontro do papel preponderante pela visão holista que detêm salientado por Spencer *et al.* (2017). Uma das fisioterapeutas salientou o papel preponderante dos enfermeiros no processo de reabilitação, pelo conhecimento que detinham sobre o idoso.

Depois aqui o processo de reabilitação, relativamente ao que estávamos a falar anteriormente, os enfermeiros também vão passando, “olha que está a usar fralda”, “cuidado que se calhar até consegue”. Pronto, os enfermeiros também trabalhamos muito em conjunto nisso. (E2_UV_Fis_Focus)

Os auxiliares requeriam frequentemente a sua atuação sempre que surgiam situações diferentes do habitual.

Ent.: Quando encontram alguma situação diferente, fora do normal, com quem é que se articulam?

Chamamos logo um enfermeiro. (E9_UV_Aux1)

O mesmo era reconhecido pelos utentes, neste caso os idosos recorriam aos enfermeiros pelos saberes que lhes reconheciam.

I8_UA: Os auxiliares também ajudam, mas geralmente prefiro falar com o enfermeiro.

Ent.: Sente-se mais seguro quando é o enfermeiro?

O enfermeiro dá a ordem, sinto-me melhor. (I8_UA)

Ao longo da nossa permanência no terreno, verificámos que este olhar sobre a profissão de enfermagem era partilhado por vários profissionais e também pelos utentes. Ao enfermeiro foi atribuído o papel de cuidador, não só nas tarefas delegadas, mas também lhe era reconhecida a capacidade de antecipar, vigiar e atuar em situações desviantes das habituais, muitas vezes controlando as mesmas até poder estabelecer articulação com os outros técnicos. O *enfermeiro* era reconhecido como *ator chave* na interação conducente à construção do processo de autocuidado ao idoso com IU. À medida que efetuávamos a análise de dados, confirmávamos as observações efetuadas. Da análise desta categoria (Nó) emergiu a ilustração a seguir apresentada (Figura n.º 9) que remete para o contributo de 24 fontes como podemos observar na árvore dos nós (Apêndice VI), conduzindo-nos para a importância que era atribuída ao enfermeiro neste processo.

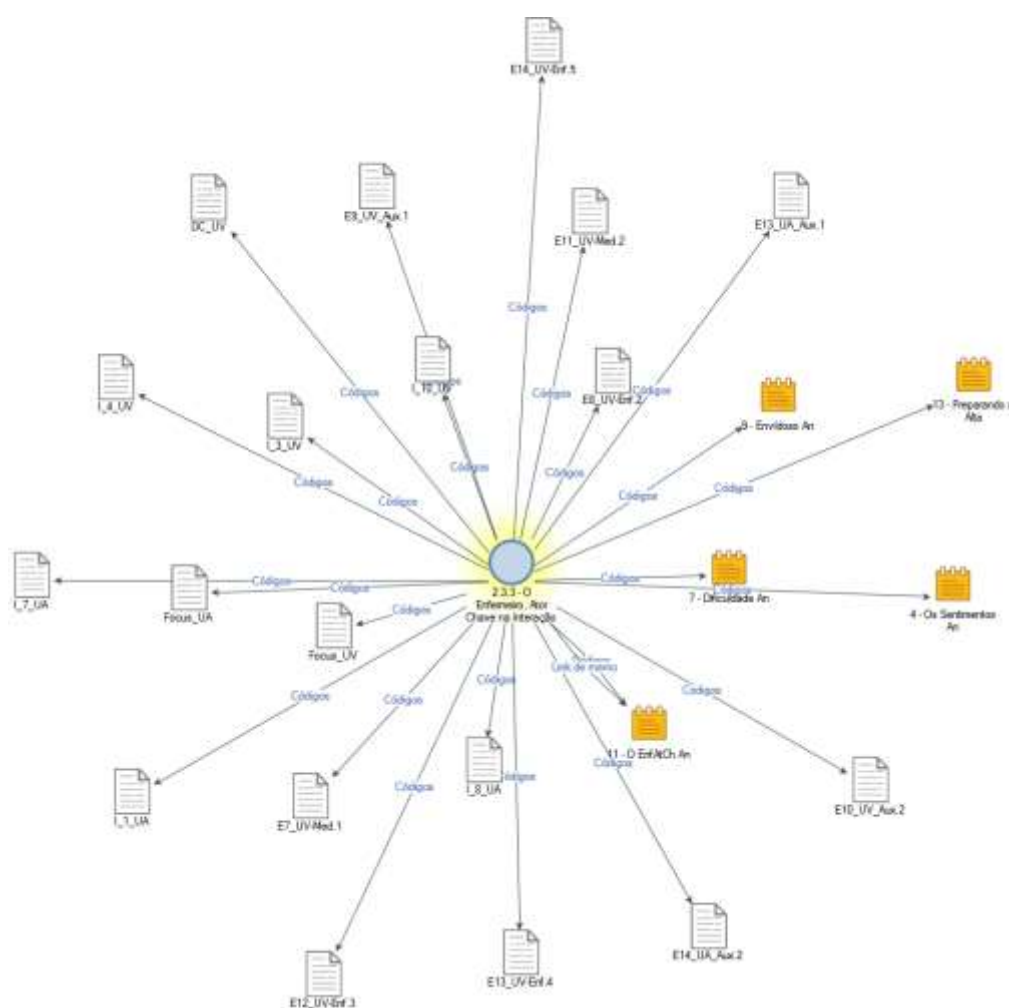


Figura n.º 9 – Enfermeiro: Ator chave na interação (Fonte: NVivo 11 Pro)

O diagrama apresentado na figura acima ilustra ainda a ligação deste Nó a outros que contemplámos nos *memos* que construímos. Assim o enfermeiro enquanto ator chave, surge associado às dificuldades sentidas nos quotidianos, ao envolvimento do idoso no processo de cuidados e aos sentimentos que foram percebidos. Por outro lado desempenha um papel importante na preparação para a alta, como veremos mais tarde. Da análise efetuada ao Nó *enfermeiro enquanto ator chave*, emergiram três dimensões que ilustram o papel que estes profissionais tinham no processo e nas interações que estabeleciam, não só com os *outros profissionais*, como com a *família* como com o *idoso*, protagonista deste processo. Os auxiliares além de identificarem as competências técnicas admitem o poder que os enfermeiros têm junto dos utentes, principalmente quando se tratam de pessoas mais informadas, pelo reconhecimento dos seus saberes e pela comunicação que conseguem estabelecer. No caso de utentes que tomam iniciativas perigosas, uma auxiliar deu como exemplo.

Dizemos “Tão, que é que está a fazer? Então não nos chamou? Ah... Vá vamos lá que nós ajudamos, nós estamos cá é para isso, é para ajudar” e então, normalmente falamos com o enfermeiro, para o enfermeiro falar com ele. (E10_UV_Aux2)

Também são os enfermeiros que orientam os cuidados.

São os enfermeiros que nos avisam e nas passagens de turno dão indicações “este senhor é incontinente, temos que ficar mais atentos, ou ele pede mais vezes para ir ao WC”. (E14_UA_Aux2)

Os médicos reconhecem o seu papel enquanto testemunhos privilegiados de informação, pois estão presentes vinte e quatro horas. Também na articulação junto do idoso, efetivando cuidados no que diz respeito à IU com o objetivo de obter o controlo, que não seria possível apenas com a realização das outras terapias.

Também por isso muitas vezes uso a ajuda da enfermagem. (E11_UV_Med2)

Depois na prescrição de tratamento, nomeadamente a nível de fisioterapia e de medidas de cuidado, a nível de enfermagem, também, para fazer o controlo de esfíncter. (E7_UV_Med1)

A Fisioterapia como já vimos anteriormente, também reconhece o papel dos enfermeiros. No decurso da ilustração de um caso de sucesso que decorreu quando efetuámos o *focus*, a fisioterapeuta referiu:

Aqui nesta unidade, foi estabelecido horários de ir à casa de banho, os enfermeiros durante a noite, as fisioterapeutas não estão cá, e os enfermeiros levavam às horas certas e, depois, começaram a espaçar os momentos. Ela começou a ir três vezes, acho eu, à casa de banho durante a noite, começámos a espaçar os intervalos. (E2_UV_Fis_Focus)

Num outro exemplo de evolução dos cuidados durante a observação efetuada no ginásio uma fisioterapeuta referiu:

A desalgaliação precoce é muito importante para os utentes e depois o resto vamos também falando com os enfermeiros (DC_UV)

Os enfermeiros eram ainda muito procurados e também eles procuravam os familiares. Gottlieb (2016) referiu que os enfermeiros procuram as forças do doente e família e apoiam essas forças no sentido de promover o bem-estar e assistir os doentes no seu autocuidado e recuperação. Durante a nossa permanência no terreno observámos os enfermeiros no seu papel de mediador junto das famílias. Não sendo por vezes fácil obter a sua colaboração, como aprofundaremos no capítulo seguinte, os enfermeiros procuravam inclui-los nos cuidados, estando disponíveis para conversar e efetuar ensino no intuito do bem-estar do idoso.

No esclarecimento de dúvidas, não raras vezes quer por parte dos familiares e por parte dos utentes, o enfermeiro é sempre o farol que guia, até numa simples dúvida como o “posso beber água?” ou “posso comer este chocolate?”, “Posso ir a casa?”, ou o que seja, encaminhando quando não é da sua competência. Eles são sempre o farol que guia essas pessoas. (E14_UV_Enf5)

Os enfermeiros apesar das dificuldades já apontadas, mais do que nos défices, focavam essencialmente os seus cuidados nas forças dos *idosos*, tendo em conta a sua capacidade para o autocuidado, numa persecução dos objetivos estabelecidos no PII. Mobilizando as condições individuais e contextuais, baseavam as suas estratégias no envolvimento dos diferentes atores numa relação colaborativa, tendo em conta as suas visões, sentimentos e relações que privilegiavam, recorrendo a uma linguagem positiva de incentivo ou de conforto conforme a situação, numa cultura de cuidados colaborativa, onde a relação de confiança ocupava um dos lugares cimeiros. Na interação com o *idoso*, esta “confiança” estava muitas vezes alicerçada nos *cuidados preventivos*, atuando como guardiões.

Antes de ir à fisioterapia há a preocupação de perguntar se ele quer ir ao WC para evitar que tenham episódios de perda de urina durante a fisioterapia. Se isso acontece deixa-os muito transtornados. Havendo essa preocupação, não vai haver esse trauma porque acaba por ser um trauma, é horrível a pessoa estar ali a fazer os exercícios de fisioterapia num colchão e urinar-se. (E11_UA_Enf3)

Também como confidentes evitavam incidentes que os poderiam expor e prejudicar o desenvolvimento do processo de cuidados e atuam como advogados do mesmo, fazendo a ponte com os outros técnicos.

*Ent.: Costumam pedir para ser o enfermeiro a fazer a ponte, por exemplo com algum técnico?
Já, mais até em relação à fisioterapia, porque é complicado, eles vão para a*

fisioterapia e sentem-se incomodados, porque é o cheiro, estão a fazer mais movimentos, podem ter mais perdas e sentem-se mais incomodados, sim. Acabam por desabafar connosco cá fora e nesses casos temos ainda mais atenção à articulação. (E14_UV_Enf5)

Enfermeiro e idoso, influenciavam-se mutuamente, numa interação constante, evoluindo os cuidados à medida que o autocuidado também progredia.

Elas ajudam-me em tudo, vestir, calçar, lavar, eu agora também já ajudo. Foi muito bom, andava de cadeira de rodas, ninguém me apanhava, depois com o andarilho, também ninguém me apanhava, agora com as canadianas, já ninguém me apanha outra vez. (I1_UA)

Esta interação era também estabelecida ao nível do autocuidado estabelecido num sistema educativo de apoio.

Foi-me dito pela senhora enfermeira que tentasse mudar mais um penso por dia para me sentir melhor. É isso que estou a fazer. Hoje felizmente estou melhor. (I10_UV)

Este cuidado no quotidiano, contava com a ajuda imprescindível dos auxiliares a quem os enfermeiros reconheciam um papel preponderante. Sendo alvo de orientação e ensino, neles era muitas vezes delegado o cuidado de assistência na AVD eliminação.

Eu acho que são claramente muitíssimo importantes e em duas vertentes: a primeira quando percebem o fenómeno da incontinência, quando eles entendem de facto, se nós tivermos auxiliares motivados para cumprirem e colaborarem com o treino vesical que se está a fazer, a determinado doente, nós percebemos claramente que esse doente vai ter uma grande probabilidade de ter sucesso, de ganhar a sua autonomia. (E4_UA_Enf2)

Observámos ainda que a delegação deste cuidado, por vezes é até efetuado com um carácter de urgência. No decurso de uma manhã de observação já focados nesta dimensão efetuámos a seguinte anotação no DC.

As auxiliares caminham de um lado para o outro, uma enfermeira que passava no corredor chamou uma delas para ajudar um utente a ir ao WC, disse “ O Senhor X necessita ir ao WC, ele colabora, por favor não demore que o Senhor está aflito, eu vou ao quarto da Senhora Y”. (DC_UV)

Tal como Lopes (2013) encontrou no seu estudo, também aqui os enfermeiros sentiam grande necessidade em manter o idoso distante da sujidade, da exposição que esta poderia desencadear e de todos os efeitos que daí poderiam advir, pois as consequências para os cuidados eram devastadoras.

E4_UV_Enf1: O exemplo, que a colega deu há pouco, do senhor que teve aquele episódio no ginásio, que ficou muito nervoso com a situação, ele depois teve períodos em que nem queria ir à fisioterapia, nos dias a seguir, tinha medo que lhe

voltasse a acontecer, porque era uma incontinência de stress, aqueles ataques de pânico que às vezes ultrapassavam até a IU e chegavam à intestinal. E aí teve que se tentar gerir um bocadinho o stress, para ele poder continuar a reabilitação, que esses episódios eram um problema para a reabilitação dele.

Ent.: Como é que geriram?

Tivemos que adaptar a medicação, o horário da medicação que ele tinha em SOS para pré-fisioterapia, tentávamos também que ele fosse à casa de banho antes da fisioterapia, e tentar reduzir os fatores de stress, tentar identificar sinais de stress. E com a intervenção da psicóloga, claro. (E4_UV_Enf1)

O cuidado inadiável como aludiu Lopes (2013) é vivido nestas unidades através da delegação como referiu a autora, mas também construído com recurso à mobilização de saberes existentes na equipa multidisciplinar, ilustradas no caso exposto. Também aqui os enfermeiros reconheciam o risco inerente a esta delegação junto dos auxiliares, referindo que geralmente estas pediam a intervenção sempre que existiam dúvidas. Contudo verificámos que na maioria das vezes eram os auxiliares que prestavam estes cuidados. Apesar de centrada na pessoa e não na tarefa, a cultura de cuidados alicerçada no PII integrante dos aspetos individuais, contextuais e culturais onde o enfermeiro desempenhava o papel de ator chave no processo pelas interações que estabelecia, privilégio de um saber profissional, mas também contextual pela permanência no terreno, apresentava lacunas. Se por um lado estes profissionais estavam atentos à situação de incontinência e cuidados ao corpo principalmente quando os idosos mostravam alterações cognitivas, atuando na higiene, conforto e prevenção de complicações, por outro, delegavam com frequência nas auxiliares. Estes cuidados aos utentes que necessitavam de ajuda num sistema parcialmente compensatório, traziam constrangimentos à promoção da continência urinária tanto pelo desconhecimento das estratégias de atuação por parte dos auxiliares, como pela falta de tempo, já antes identificada.

Orem (2001: 192) sustenta o propósito da enfermagem poder compensar ou ajudar a superar os problemas de saúde da pessoa no intuito da promoção do autocuidado. Para tal a autora refere que os enfermeiros têm capacidades de comunicação que ajustam à idade, desenvolvimento do indivíduo, às suas práticas culturais e problemas de saúde no intuito de estabelecer um sistema de cuidados que poderá ir de totalmente compensatório ao apoio e ensino. Nesta sequência verificámos que os enfermeiros pelo conhecimento que detinham, associado ao compromisso moral e responsabilidade que assumiam continuamente, demonstravam interesse e atenção pelo idoso, mobilizando-o como parceiro de cuidados, desenhando as suas intervenções com uma atitude profissional que se adaptava à evolução do processo de reabilitação. Sempre que surgiam tensões o enfermeiro mediava as mesmas gerindo-as e procurando estabelecer um equilíbrio entre o risco e a promoção do autocuidado, como eram exemplo as idas ao WC proporcionando privacidade. Num processo de construção

de cuidados nem sempre linear, as expectativas, saberes e competências eram administradas através da comunicação estabelecida entre os diversos profissionais, idoso e família quer no dia-a-dia, quer em reuniões que assumiam um carácter mais formal.

O enfermeiro ocupava um lugar privilegiado atuando como consultor relativamente a saberes específicos, promovendo a continuidade dos cuidados pela permanência no terreno ou estabelecendo ligação entre o idoso e os outros técnicos pela relação de confiança edificada ao longo do internamento. Todas estas estratégias e modos de ação eram envoltos num processo onde estruturas sociais, culturas individuais, profissionais e organizacionais coexistiam, num ambiente nem sempre harmonioso, pelos constrangimentos impostos pela rotatividade de recursos humanos. Os enfermeiros, pelas interações que estabeleciam através da permanência nas unidades vinte e quatro horas por dia, geriam e integravam culturas, assumindo responsabilidades, interligando sentires, necessidades, recursos e cuidados, fazendo pontes e delegando tarefas como ilustrado em seguida (Figura n.º 10).



Figura n.º 10 – O acompanhamento: As estratégias mobilizadas para a construção do autocuidado

O processo continuava pelo que era necessário perceber os efeitos destas interações e modos de ação.

2.3 – Os efeitos: Preparando a alta

Encontrámos nos quotidianos, cuidados dirigidos à promoção da continência urinária ou contenção da urina conforme a situação do idoso, apoio psicológico e emocional, bem como a preocupação com o conforto, respeito pela unicidade e privacidade. O tratamento comportamental com estratégia conservadora e não invasiva de adaptação e reabilitação para controlo da IU era presente, embora fossem reconhecidas lacunas e défices sobre os quais era necessário atuar e melhorar. Aqui o enfermeiro, para além das intervenções autónomas que protagonizava, funcionava ainda como ator de ligação com outros profissionais, tornando possível a continuidade essencial nestes cuidados. No entanto no arco temporal que encerra o internamento, por vezes era necessário mobilizar outros recursos para que os cuidados pudessem prosseguir. Valença *et al.* (2016) realçam a importância da congregação de uma rede de ajuda nomeadamente o envolvimento da família e o apoio de enfermagem personalizado. Arkan *et al.* (2018) realçam também a necessidade imperativa de ser realizado o ensino para a alta.

Desde o acolhimento e durante o acompanhamento do idoso com IU, que tanto culturas individuais como organizacionais eram direcionadas no sentido de responder às necessidades individuais que o idoso ia manifestando ao longo do processo de reabilitação e construção do autocuidado, integrando objetos, atividades, tanto terapêuticas convencionais como lúdicas e projetos que compunham a cultura organizacional. Tudo era articulado numa interação que formava o cuidado, incentivando a construção e reconstrução do autocuidado, para que o idoso pudesse retomar a sua vida fora das paredes da unidade nas melhores condições possíveis. No intuito de ilustração dos **efeitos** das ações levadas a cabo e do que era efetuado nestes contextos para **preparar a alta**, agrupámos os achados em três dimensões, uma primeira relacionada com a *organização do regresso a casa*, que quando esta não era possível dava forma à *transferência ou referenciação*, uma segunda a que chamámos *interação com a família*, elemento essencial nesta fase do processo e uma terceira, que emergiu naturalmente durante o período de estudo, constituindo as *sugestões* para a melhoria da construção do processo de autocuidado.

A **preparação da alta** e a *organização do regresso a casa* eram iniciadas logo no princípio do internamento. No começo da observação, um utente da UA que teria alta nos dias seguintes chamou-nos a atenção para as frases escritas nas paredes dos quartos, nomeadamente no dele e disse “aqui tudo é feito para incentivar o bem-estar e a recuperação, tudo, até estas frases, os quadros, o pessoal, tudo”. No quarto que ocupava estava escrita uma frase de incentivo, podendo ser encarado este espaço como promotor do autocuidado, fazendo um aporte

à dimensão espiritual. Estava também a escrever um testemunho para deixar no Livro de Memórias existente na Unidade (UA), era habitual aquando da alta, tanto utentes como familiares, deixarem testemunhos e poemas neste livro, geralmente tendo por tema o agradecimento. Também na UV observámos poemas afixados no placard da sala de trabalho comum, cartas e fotografias enviadas já do domicílio.

Na UA, além do protocolo de prevenção de quedas e o uso de pulseiras com identificação, do projeto do espaço ocupacional com atividades de grupo para promover a funcionalidade e o convívio social com recurso à consola de videojogos, também existia um outro projeto dirigido ao apoio em casa. Este consistia num espaço de apoio aos cuidadores, onde participam diversos elementos da equipa multidisciplinar. Funcionava uma vez por mês e procurava dar resposta às necessidades da comunidade e de familiares dos utentes, tinha como parceiros o Centro de Saúde e outras associações, que referenciavam e participavam, num esforço de articulação em rede. Faziam educação para a saúde e formação aos cuidadores, para poderem dar resposta às necessidades diagnosticadas tanto pela equipa, como solicitações desses mesmos cuidadores ou entidades referenciadoras. Além destas, tinha ainda por objetivo preparar o regresso a casa e manter a qualidade de vida dos utentes e cuidadores no domicílio. Aqui eram focados diversos temas que iam desde o funcionamento da RNCCI, respostas sociais, hábitos de vida saudáveis e AVD. A participação dos diferentes membros da equipa (técnica de serviço social, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo, animador, médico e auxiliares) articulava-se consoante os temas.

Este programa tinha importância durante o internamento porque sempre que reunidas as condições necessárias, os utentes eram estimulados a ir a casa no fim de semana (quando reuniam condições), para se depararem (eles e família) com a nova realidade. Aqui procurava-se dar uma resposta personalizada às necessidades diagnosticadas, no intuito de preparar o regresso definitivo. Mais tarde, verificámos que por exemplo, quando o idoso usava fralda, ensinavam a prestar os cuidados de higiene, proteção da pele e prevenção de complicações. Chamavam também a atenção para o estabelecimento de horários de eliminação, sendo este ensino efetuado ao utente e família. Uma outra estratégia, envolta na cultura organizacional que promovia a construção do autocuidado, era a utilização da roupa do próprio utente. Nestas unidades os internados só usavam pijama ou outra roupa de descanso à noite, quando iam descansar. No dia-a-dia usavam roupa própria e confortável, como por exemplo os chamados fatos de treino ou outra mais larga que proporcionasse conforto e bem-estar. Quando questionámos a razão foi-nos explicado pelo enfermeiro especialista em reabilitação.

Isto é muito importante a vários níveis, autoestima do utente e também para promover a reabilitação e preparar o regresso a casa. (DC_UA)

O mesmo foi reforçado pela terapeuta que se referiu ao uso de roupa larga e confortável pelas potencialidades que tinha também na autoestima destes idosos e porque assim poderiam camuflar as fraldas, algália e sacos de urina, por forma a proteger da exposição nos espaços comuns e fomentar a adesão às atividades terapêuticas.

Eu acho que é essencial em termos de autoimagem, alguns pequenos pormenores que tentam manter para além da questão da roupa, e que fazem a diferença na forma como estão, na sua disposição em geral e na forma como aderem às atividades e à reabilitação. (E8_UA_TFala_Focus)

Este aspeto era reconhecido como essencial na construção do autocuidado e preparação do regresso a casa, apesar do trabalho que constituía, mudar a roupa dos idosos várias vezes ao dia como salientou uma das auxiliares.

Pois, mas é importante porque eles também precisam de saber o que é o dia e o que é a noite. Dá mais trabalho para nós, vestir e despir, vestir e despir, mas eu acho que se a roupinha for confortável, porque não terem uma roupa, não é? Eu penso assim. (E9_UV_Aux1)

A par das culturas profissionais e organizacionais, também as individuais eram mobilizadas numa interação que associava o humor, a que tantas vezes assistimos para desbloquear conversas ou aliviar situações mais complexas.

Há bocado estava a falar com uma senhora que disse “Ah ainda não mexo a minha perna” e eu disse “temos que ter calma, as coisas para virem é depressa e para abalarem demora mais tempo, se a senhora encarar de forma positiva é mais fácil” a gente tenta sempre ter aquela brincadeira, sempre faz bem à autoestima, o sorrir, o contacto, faz parte de mim e acho que é importante para o utente recuperar. (E13_UA_Aux1)

O regresso a casa era preparado desde o início consoante a evolução do idoso, contudo a promoção da continência urinária, nem sempre era possível.

Temos melhores resultados no caso da bexiga neurológica, do que nas situações de IU apenas ligadas á degradação das estruturas do períneo pela idade. Compreende? Comparo um pouco entre a reabilitação de uma lesão traumática e de uma lesão degenerativa. Na lesão traumática aguda conseguimos mais facilmente recuperar, na degenerativa, mais dificilmente. Acontece aqui a mesma coisa. Na doença neurológica pós AVC, temos muitas vezes melhores taxas de recuperação do que na situação degenerativa como causa da IU. (E11_UV_Med2)

Efetuada uma comparação entre os dados de eliminação à entrada e à saída das unidades verificámos que dos 25 idosos que integraram o estudo 9 apresentavam uma avaliação inicial de “Incapaz / Não controla”, 8 “Dependência de terceiros” e 8 “Meios /

Incontinência esporádica” (Gráfico n.º 2).

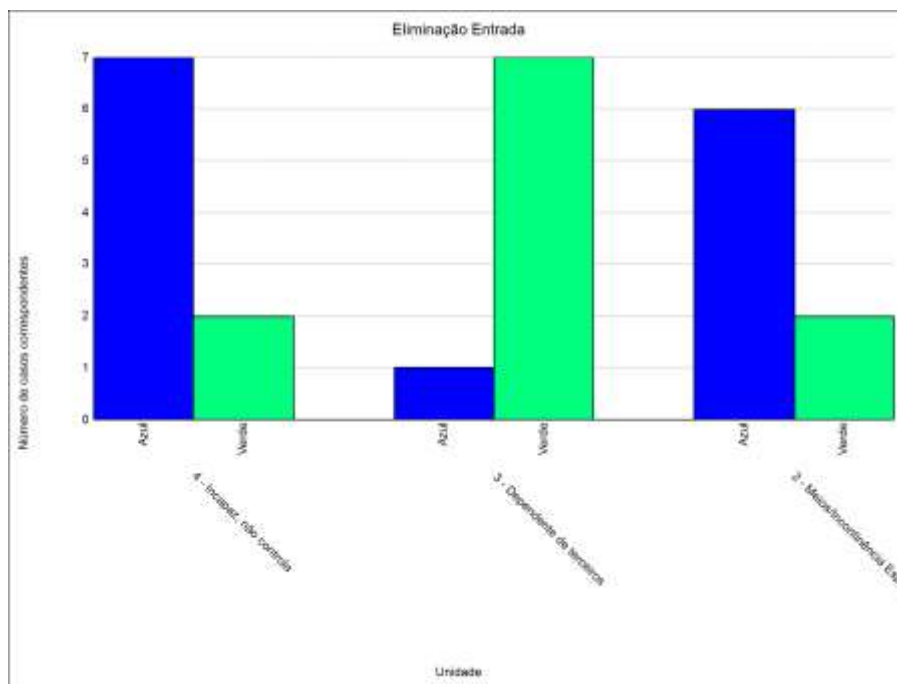


Gráfico n.º 2 – Eliminação à entrada (Fonte: NVivo 11 Pro)

À saída dos 25 idosos 12 apresentavam uma avaliação de “Independente”, 9 “Meios / Incontinência esporádica”, 2 “Dependência de terceiros” e apenas 1 “Incapaz / Não controla” (Gráfico n.º 3), verificando-se uma evolução favorável na promoção do autocuidado na eliminação vesical.

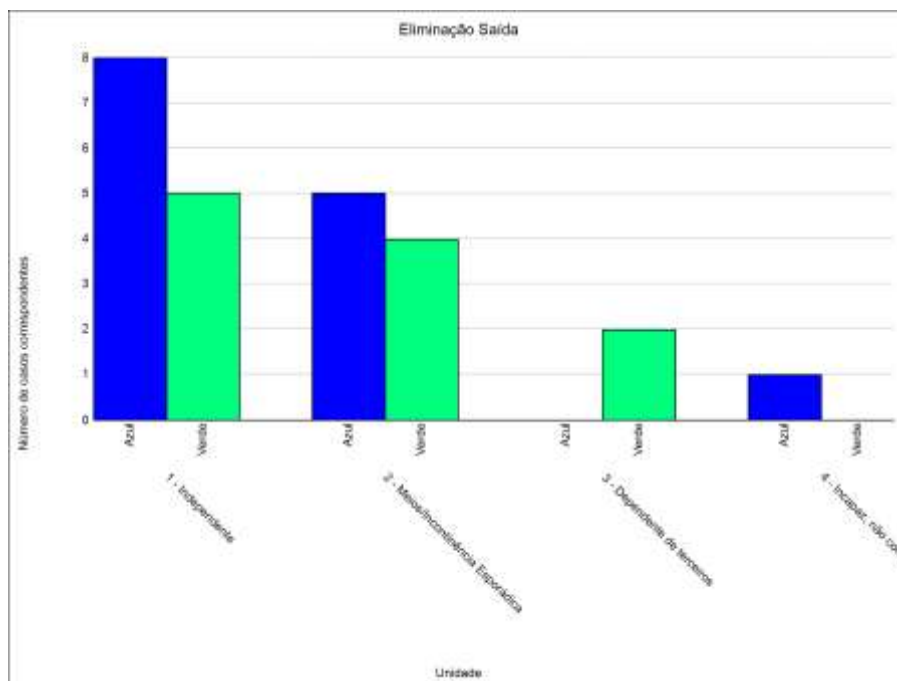


Gráfico n.º 3 – Eliminação à saída (Fonte: NVivo 11 Pro)

Como vinha sendo habitual com outras atividades, também a preparação da alta era efetuada integrando a equipa multidisciplinar, sendo avaliadas as condições do utente e família contemplando aspetos físicos, psicológicos e sociais, incluindo aqui também os aspetos habitacionais e económicos. Esta alta poderia ser efetuada para o domicílio com ou sem apoio da ECCI, Centro de Dia ou outro. No caso de idosos que não conseguiam atingir os objetivos de reabilitação com consolidação de ganhos no tempo preconizado para o internamento em UC (1 mês) era feita a transferência para outra unidade da RNCCI de tipologia Média Duração e Reabilitação ou Longa Duração e Manutenção, ou ainda para uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, mais conhecida por Lar, conforme as condições do idoso. Sempre que se planeava formalmente uma alta ou referenciação para outra unidade a azáfama era grande, decorria da reunião semanal de equipa sendo os aspetos formais assumidos pelo Gestor de Caso. Era agendada a “Conferência familiar” falando-se previamente com o utente sempre que este reunia condições.

Assistimos ao planeamento de uma alta para o domicílio, o utente aceita, já está mais independente (AVC), tem ainda dificuldade na mobilização mas controla os esfíncteres. A fisioterapeuta diz “Este utente teve uma excelente reabilitação, começou a deambular de cadeira de rodas, depois andarilho, 2 canadianas, 1 canadiana e agora com bengala”. Acrescenta “A recuperação da funcionalidade e o controlo da urina na maior parte dos casos, progridem em conjunto”. A esposa é contactada durante a hora de visitas. É planeada a alta para o dia e hora que o filho pode vir buscar o pai. Fica agendada reunião com a médica. (DC_UV)

Por vezes existiam dificuldades, mas também estas eram comunicadas e negociadas pelos técnicos. Quando os utentes reuniam condições para consolidação da reabilitação num curto espaço de tempo (até mais 1 mês) o Gestor de Caso pedia a prorrogação do internamento. É o caso que ilustramos, assistido na reunião semanal da equipa multidisciplinar.

Passam para outro caso, em que a utente refere vontade de ir para casa, mas a família não está recetiva. Sugere-se uma conferência primeiro entre a Psicóloga e a potencial cuidadora e depois talvez mais alargada. A Psicóloga diz que irá estabelecer contacto, a Enfermeira refere que a utente apresenta astenia, corroborado pela Terapeuta Ocupacional. A Médica diz que vai rever a terapêutica. Quando discutem a possibilidade de prorrogação do internamento ou alta, têm em conta as condições habitacionais e a funcionalidade da utente, incluindo as possíveis barreiras arquitetónicas, as condições do WC (higiene e eliminação são equacionadas) e a capacidade da pessoa se conseguir autocuidar ou ter um cuidador. No caso em debate, os técnicos dizem existir ainda potencial de reabilitação e obtenção de ganhos, assim, é decidida a prorrogação do internamento. (DC_UA)

As interações estabelecidas e as atividades levadas a cabo eram muito importantes durante o processo de construção do autocuidado, mas existiam ainda objetos essenciais que integravam esta cultura de cuidados como já ilustrámos anteriormente. Na preparação da alta, esta situação mantinha-se. Para o idoso a "fralda" continuava a constituir um “objeto simbólico”. A evolução da fralda tradicional para a fralda cueca, representava a transição para a liberdade com o aproximar do regresso a casa.

Depois, vim para aqui, ainda vinha de fralda, sentia, mas às vezes quando chegava ao WC já ia com a fralda a começar a estar molhada. De noite a maior parte das vezes tinham que lá ir duas vezes também, eu tocava a campainha, mas quando acordava já estava muito em cima. Depois veio a pouco e pouco, também com a reabilitação, melhorando, a pouco e pouco fui conseguindo melhorar as perdas de urina. (I15_UA)

Alguns conseguiam durante o internamento, deixar a fralda sendo considerados independentes nesta AVD.

Quando vim do hospital para aqui, mudaram-me os medicamentos, fiz fisioterapia. Neste momento já por vezes não preciso de fralda. (I21_UA)

Quando existiam perdas ocasionais (Meios / Incontinência esporádica), representava a segurança, por exemplo nas idas a casa ao fim de semana.

As enfermeiras ajudavam-me a tomar banho, vestir alguma coisa, tudo. Agora já faço tudo sozinho. Sabe, vou a casa no fim de semana. Vou indo, pouco a pouco. Agora vou ao WC e faço, embora tenha havido uma vez ou duas que não deu tempo e tive que me lavar. Acontece, por isso é melhor a cueca fralda. (I23_UA)

A cueca fralda ou de incontinência representava também a esperança na liberdade de movimento e no reatar da vida social no regresso a casa.

Quando regressar a casa compro destas [cueca fralda], são melhores. Antes saía pouco, agora vou sair mais, tenho estas cuecas próprias e estou melhor das pernas. (I2_UV)

A construção do autocuidado no idoso com IU era um caminho que ia sendo percorrido, evoluindo a par com a recuperação da mobilidade, equilíbrio e patologia de base. Durante o trabalho de campo, acompanhámos a evolução de vários idosos como temos vindo a ilustrar, no diário de campo realizámos a anotação que apresentamos em seguida, resultante da observação e da consulta documental que efetuámos com a colaboração da Enfermeira gestora deste caso.

“Este senhor chegou à Unidade há cerca de um mês e está a terminar o seu internamento aqui, sendo que terá alta amanhã”. Com diagnóstico de AVC isquémico, apresentava hemiplegia do lado esquerdo, disfagia a líquidos,

sialorreia muito abundante, IU e magreza.

Com o passar do tempo, tendo em conta todo o trabalho da equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermagem, fisioterapia e terapia da fala, grande parte dos problemas identificados à entrada na Unidade, foram parcial / totalmente resolvidos. A IU foi um deles, sendo que os enfermeiros foram uma peça chave para que tal acontecesse em articulação com a restante equipa. (...)

Neste momento, o Senhor refere com frequência “... não preciso de ajuda menina, já faço tudo sozinho e ainda bem, não quero dar trabalho a vocês...” mostra-se mais confiante e seguro de si mesmo quanto ao seu dia-a-dia, apesar da supervisão que é mantida tanto por auxiliares como enfermeiros. (DC_UV)

Tendo sido possível em várias ocasiões testemunhar a satisfação que antecipava o regresso a casa, na preparação da alta fomos também confrontados com "sentimentos" por vezes ambíguos, pois se por um lado os idosos estavam felizes com a sua evolução, por outro, a este eram associados sentimentos de saudade.

Isso foi um milagre que me aconteceu. (I12_UV)

Expressavam sentimentos de agradecimento pelos cuidados, manifestando ao mesmo tempo sentimentos de tristeza / saudade antecipada.

Tinha tido uma trombose, mas melhorei, até que caí e parti o braço, e aí tudo piorou, fui operado, estive no hospital e depois vim para aqui, não andava, nem nada, vim para aqui para recuperar, melhorar e elas ajudaram-me, gosto muito delas todas [os olhos enchem-se de lágrimas]. Já me vou embora, mas nunca me vou esquecer delas todas. (I1_UA)

Também por vezes o receio estava presente.

Estar a pagar a uma pessoa que fique comigo, com a reforma [que era baixa, pois está reformada e era doméstica], a senhora sabe como é, por isso gostava de me tratar para poder voltar a casa. Olhe neste momento o meu maior receio é a solidão, é ficar sozinho quando me mandarem daqui embora, não é fácil. Não posso dizer à minha filha, olha “deixa os filhos e o marido e vem tratar de mim”. Já o fizeram, até a que mora mais longe, já estive cá também, mas estão a trabalhar e não podem estar a despende mais tempo. E eu tenho medo de cair, até quando vou ao WC. Isto é difícil. Vamos ver. (I21_UA)

Cada vez mais há idosos a viver sós, com os filhos a trabalhar longe. Por isso a equipa salientava a importância da avaliação económica e social, da negociação e preparação desta alta o mais precocemente possível, não só com o idoso, mas também com a família, associando o ensino ou mobilizando outras instituições e apoios.

Nós já temos tido algumas situações onde alguém de família ou uma ajudante familiar que posteriormente vá ajudar a pessoa vem receber ensino nesse âmbito, também já temos tido situações em que a família nos diz “Eu não consigo arranjar uma ajudante familiar que lá fique em casa e tem que se arranjar uma solução”, neste caso pondera-se por exemplo uma solução de centro de dia, estes centros já estão um bocadinho mais abertos à possibilidade

de receber utentes com incontinência, porque necessita só da mudança da fralda que acaba por ser aqui um dispositivo, (...) mas é também um dispositivo que para a pessoa e para a família tem ainda um custo económico, e cada vez mais também está a haver uma preocupação para a forma de financiamento desses produtos. Já temos situações no terreno em que estão a ser solicitados atestados de incapacidade multiuso, para justificar a necessidade do doente para pedir apoios por exemplo à segurança social para lhe serem financiados esses dispositivos. (E5_UA_TSSS_Focus)

Também nesta altura era recomendado sempre que assim o consideravam, o acompanhamento por especialista. Contudo como referimos no início deste capítulo, mais uma vez as culturas enraizadas emergiam, apesar dos cuidados e acompanhamento efetuado.

Sabe, elas já me disseram que quando for para casa, tenho que ir fazer um exame à bexiga [será referenciada], mas sabe a minha mãe foi e depois voltou ao mesmo. (I22_UA)

Ilustrámos casos de idosos que acompanhámos, sendo que uns evoluíram favoravelmente, outros não (Gráficos n.º 2 e 3). Nos idosos com maior grau de dependência funcional, no que diz respeito à IU, a preparação para a alta tinha como grande preocupação a gestão da humidade. Também aqui a preparação se fazia durante a programação das idas de fim de semana / festejos a casa, necessitando de uma intervenção de ensino à família, nem sempre fácil nas primeiras abordagens.

Interfere, por exemplo chega o Natal, o utente está internado e dizem “Ah eu até o levava, mas depois, tenho que lhe mudar a fralda e eu não sei mudar a fralda”. (E10_UV_Aux2)

Alertados por Morrison & Levy (2006) ao referiram que a IU levava ao internamento precoce em respostas de longa duração, indagámos sobre esta situação, contudo tal não se verificou nos casos aqui estudados.

Por acaso nunca me aconteceu, por exemplo, imagine, nunca foi adiada uma alta por causa da incontinência ou por se tentar resolver esse assunto, não. Sempre que houve casos de incontinência nunca foi influenciado, a alta nunca foi influenciada por causa disso. (E3_UV_TSSS_Focus)

Da análise documental efetuada, verificámos que dos 25 idosos incluídos neste estudo 18 tiveram alta para o domicílio sendo que 1 tinha apoio da ECCI e 1 apoio de Centro de Dia, destes 13 eram “Independentes” na eliminação vesical, 3 apresentavam “Meios / Incontinência esporádica” e 2 eram “Dependentes de terceiros”. Os idosos (4) referenciados para respostas com maior duração de internamento, Unidade de Longa Duração e Lar, apresentavam em termos de dependência apenas “Meios / Incontinência esporádica” (Gráfico n.º 4).

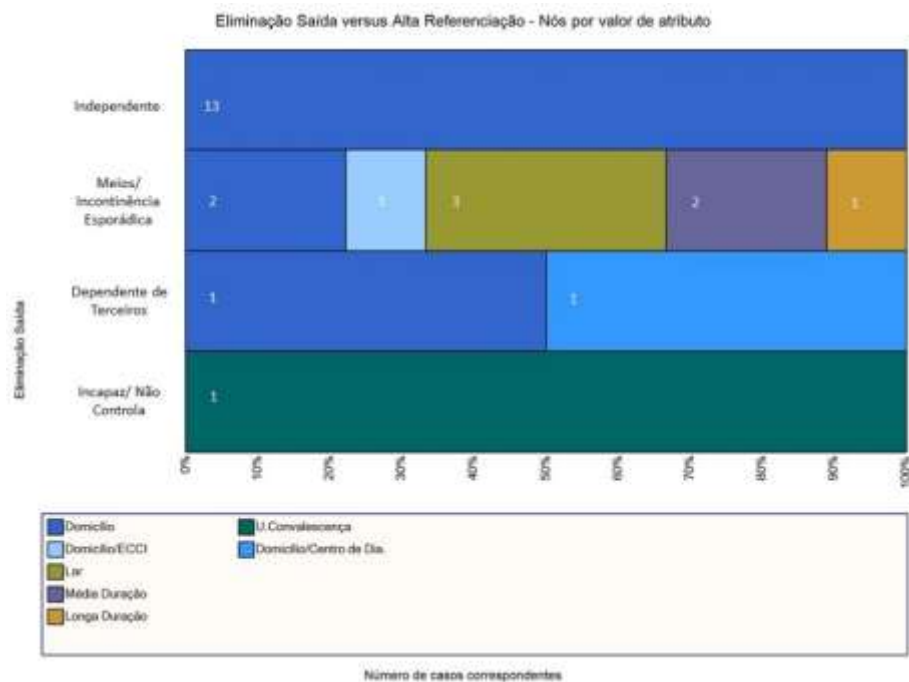


Gráfico n.º 4 – Eliminação à saída: Alta / Referenciação (Fonte: NVivo 11 Pro)

Face ao número de idosos em que incidiu este trabalho, não podemos generalizar resultados, contudo na realidade aqui em estudo, o grau de dependência na eliminação vesical, não foi relevante na referenciação, à semelhança do que nos foi revelado pelos técnicos. No entanto, quando em termos da funcionalidade geral o grau de dependência é elevado, aí sim tanto enfermeiros como médicos identificam a referenciação para unidades com períodos de internamento mais longos.

Sim, mas o que nós observamos é que muitas vezes os utentes que têm incontinência são referenciados para outras unidades, mas são geralmente utentes que têm um grau de dependência muito grande. (E4_UA_Enf4)

Tenho a certeza que a questão da incontinência não é fator relevante ou na prorrogação da alta ou na programação no sentido de referencial para qualquer outro tipo de tipologia. Défices neurológicos, alterações do equilíbrio, da autonomia na marcha, problemas dolorosos, limitações articulares ou da força muscular, tudo isto pode interferir, não me recordo nos meus 10 anos de RNCCI que tenha sido tomada qualquer decisão diferente da alta por questões IU. (E11_UV_Med2)

A IU parece nestes casos e neste contexto, não ser um aspeto decisivo de referenciação para internamentos de longa duração, contudo tanto a literatura como os dados emergentes deste estudo, alertam-nos para a importância do envolvimento e *interação com família*. Brittain & Shaw (2007), Charalambous & Trantafylidis (2009), Avery *et al.* (2013) e Arkan *et al.* (2018) advertem nos seus trabalhos para as implicações que a IU pode ter na família, sendo necessária

a aposta no ensino. Esta interação materializada no suporte, apoio e ensino, deverá ser iniciada durante o internamento, sendo essencial na preparação da alta, mas também durante o próprio processo de construção do autocuidado ao idoso. Tal era reconhecido no terreno, pelos diferentes técnicos conforme fomos observando e confirmado no terreno.

É um homem ainda novo, que passou pelo que está a passar, é muito difícil, (...) e conta com o apoio da família, o que é muito importante, está muito presente, nem sempre é assim, mas neste caso, participam muitas vezes nos cuidados. (DC_UA)

O mesmo encontrámos no testemunho de uma idosa entrevistada, salientando que o filho era envolvido nos cuidados.

Ent.: O seu filho sabe desse seu problema urinário?

I9_UV: Sabe, ele sabe tudo.

Ent.: Então e ajuda-a?

Ah, ele dá-me banho e tudo, e às vezes digo assim, às vezes vou à casa de banho, e vai ele a correr “Tão? Estás com a parvoeira?” diz ele para mim, que eu começo logo a chorar “Estás com a parvoeira? Quantas vezes é que tu me lavaste?”. (I9_UV)

O facto da família se mostrar colaborante, embora constrangedor para o idoso pela exposição do corpo resultante de uma cultura enraizada pelos anos, tornava-se confortador. Mas nem sempre tal acontecia, numa observação efetuada perto do Natal efetuámos a seguinte anotação.

Fala-se do caso de um utente em que o filho está um pouco reticente em levá-lo para casa. Dizem-me “Há casos assim, em que as famílias não colaboram”. “Felizmente não são todas, a filha da Dona X telefona com frequência a perguntar pela mãe, está a preparar tudo para a levar, mesmo sabendo que depois ainda regressa”. (DC_UV)

Com o tempo fomos percebendo alguns constrangimentos no que diz respeito ao envolvimento da família, que confirmámos ao questionar os funcionários.

Depende dos utentes e depende das famílias. Comigo na convalescença não tenho visto muitos familiares a querer participar, lá há um por outro, mas também depende dos utentes. (E13_UA_Aux1)

Ilustraram com atitudes e comportamentos que também observámos ao longo do trabalho de campo.

Por vezes, a maioria das vezes vêm é ter connosco e dizem “olhe o meu familiar está urinado ou cheira um bocadinho mal”, normalmente nessa altura afastam-se sempre um bocadinho. (E14_UA_Aux2)

Quisemos aprofundar a situação e questionámos os enfermeiros coordenadores que também confirmaram.

É um constrangimento nalguns casos, aliás, na maior parte dos casos é um constrangimento, porque o que está preconizado na própria rede é que a família seja um elemento não só no desenvolvimento do PII, devia ser parte integrante, mas muitas vezes as famílias demitem-se dessa responsabilidade e não são uma presença tão assídua como nós eventualmente gostaríamos. E no outro âmbito em que há necessidade de fazer ensinos, há familiares que recusam até esse ensino, porque se não souberem, não têm que fazer e torna-se complicado nesse aspeto, apesar de na maior parte das vezes é feito o incentivo e incentivamos a estar presente e a participar dos cuidados, porque para o utente, para o objetivo que nós temos era facilitador. (E14_UV_Enf5)

Procurámos encontrar os porquês, explicaram que no início era particularmente difícil, pois ainda se estavam a habituar à situação clínica do familiar.

Sim, principalmente no início, é também um choque para eles, quando assim é, vamos insistindo na integração. (DC_UA)

Também aqui eram mobilizadas as conferências familiares, intervindo em particular a psicóloga.

Também focando que nesta circunstância, o papel da família é muito importante, é muito importante nós trabalharmos em parceria com os familiares, é importante existir aqui uma preparação para o momento da alta. Se a pessoa sair dependente, existir aqui um apoio de ensinos, que a equipa por norma faz, algumas dúvidas, por vezes adaptar alguns objetos em casa, ensinar estratégias para lidar com as perdas. (E9_UA_Psi_Focus)

Fomos no entanto constatando que as dificuldades de envolvimento da família se mantinham, apesar da intervenção por parte da psicologia.

Sim, o que eu acho é que, no geral, as famílias não se envolvem muito, independentemente de ser incontinente ou não. Aqui a incontinência não me parece que seja um fator, o que eu noto é que as famílias não se querem envolver, muitas das vezes aproveitam o tempo que os doentes estão cá connosco para descansar um bocadinho, não é, o que também não é negativo. Só que algumas das vezes nós tentamos envolvê-las e elas não são muito recetivas, seja para que tipo de autocuidado for. São raras as famílias que nós ou notámos que quisessem participar ou que nós pedíssemos e eles viessem colaborar. Raras, se calhar contamos pelos dedos das mãos. (E5_UV_Psi_Focus)

Este não envolvimento da família poderá ter subjacente fatores sociais, inclusive relacionados com a idade, por um lado conectados à mobilidade dos mais jovens que partem à procura de melhores condições e também porque muitas destas famílias estão no mercado de trabalho, sendo difícil a acumulação do papel de cuidador e trabalhador principalmente quando este é efetuado por conta de outrem. Por outro lado, quando se tratam de cuidadores igualmente idosos, as dificuldades persistem associadas à prestação de cuidados nomeadamente quando o idoso é dependente (Gemito, 2015). Tal situação foi referida no

âmbito da entrevista ao elemento da comissão de coordenação da rede.

Estamos a gerar condições que promovem por um lado a mobilidade dos mais jovens para longe dos seus locais de origem, muitas vezes para muito longe nomeadamente para o estrangeiro e veja-se o que aconteceu nos anos mais recentes no nosso país, com a grande quantidade de jovens a sair e muitos deles já não regressam, o que quer dizer que, de acordo com as projeções, o interior do país, vai ter uma quebra populacional brutal, e a quebra é justamente à custa dos jovens que saem, porque os idosos ficam, o que quer dizer que os idosos têm cada vez menos um enquadramento sociofamiliar. (...) A família é essencial neste processo, mas a família também está eu diria que ensanduichada, entre as exigências que a sociedade lhe coloca de ser produtiva, de estarem ambos no mercado de trabalho, se não, não sobrevivem, um casal de classe média não sobrevive com o ordenado de uma pessoa. (Coord_Rede)

Por outro lado o papel do cuidador também ainda não é economicamente suportado, apesar do reconhecimento que têm no autocuidado totalmente ou parcialmente compensatório.

Nós estamos neste momento a viver o tempo da valorização do autocuidado, finalmente as pessoas perceberam que o autocuidado é absolutamente central, perceberam isso, mas ainda não é valorizado social e economicamente, e a prova disso é que os cuidadores informais continuam sem ter absolutamente nada reconhecido. (Coord_Rede)

Quando nos debruçámos mais profundamente sobre esta dimensão, verificámos que além da dificuldade no envolvimento, as famílias tinham défice de conhecimentos acerca da IU, manifestados muitas vezes quando o idoso voltava do domicílio.

Sim, a pessoa chega, por acaso até vinha do domicílio e a família disse que tinha uma feridazinha. Pensamos logo numa zona de pressão, mas quando verificámos era uma DAI e tentámos logo controlar, e conseguimos. Mas a família não tinha noção que a ferida era da IU. (E13_UV_Enf4)

Insistindo na questão do envolvimento da família nos cuidados a enfermeira explicou.

Não, dão por adquirido, a família pensa que é normal todo o idoso ser incontinente. (...) Se quer envolver? Não, acabam por passar para o auxiliar ou enfermeiro, dizem “veja lá que a minha mãe está suja”, não se tentam envolver. (E13_UV_Enf4)

Confirmámos esta situação durante a preparação da alta, aceitando as famílias a IU como consequência do processo de envelhecimento e / ou doença, questão culturalmente subjacente. Também apesar de serem agendadas as conferências de preparação da alta e da existência de projetos numa das unidades, o ensino e preparação nem sempre era efetuado, sendo tal situação admitida como uma lacuna neste processo.

E4_UV_Enf1: Eu acho que é uma falha nossa, talvez um pouco também, num ponto, que é por norma que parte é que fica a família nesta situação, é o utente vai para casa e eles vão-lhe trocar a fralda ou vão levá-lo à casa de banho quando ele solicitar. Mas não, se calhar, não lhe são dadas todas as ferramentas para continuar

o que ele cá fazia a tentar melhorara a autonomia, não sei se é aí que quer chegar?
Ent.: E o ensino para a alta?
Não é uma das coisas que é focada, por norma, no contacto com as famílias. Já foram feitos ensinios para outras situações, mas... (E4_UV_Enf1)

A interação com a família ao longo do processo de construção do autocuidado ao idoso com IU, a preparação e ensino para a alta, constituíam assim um ciclo no planeamento inicial e na construção do plano individual de intervenção. Contudo este ciclo planeado como virtuoso, constituía-se vicioso em várias ocasiões, pelos constrangimentos impostos, pela não recetividade por parte da família e pelo não estabelecimento da interação necessária ao processo, como ilustramos em seguida (Figura n.º 11). Tal situação conduzia ao défice de autocuidado de apoio e ensino, o que posteriormente arriscaria à interferência na vida quotidiana do idoso quando este retomasse a casa. Esta era uma preocupação presente nos quotidianos e uma fragilidade encontrada com o desenvolvimento deste trabalho, situação em torno da qual desconhecemos as repercussões. Arkan *et al.* (2018) no estudo que efetuaram recentemente junto de pessoas em recuperação de AVC após a alta para o domicílio, verificaram que o défice de preparação e ensino sobre a IU durante o internamento, contribuía para o aumento de consequências nefastas a nível físico e psicológico com grande interferência na vida dos envolvidos.



Figura n.º 11 – Os efeitos: Dois caminhos, dois destinos, regresso a casa ou referência

2.4 – As sugestões para melhoria do processo

Acompanhado e compreendido o processo de construção do autocuidado ao idoso com IU, verificámos que no contexto das unidades era reconhecida a adoção terapêutica a par de estratégias comportamentais tradicionais para promoção do autocuidado na IU, que nem sempre eram continuadas, com algumas intervenções ao nível do treino de hábitos, mas que não evoluíam para o treino vesical. Herrera (2007), Stevens (2011), Abrams *et al.* (2013), Wagg *et al.* (2013), Reid (2014), Woodward (2014), Imamura *et al.* (2015), Rocha & Redol (2016), French *et al.* (2017) e Nyman *et al.* (2017), alertam para a importância do treino ao nível comportamental, envolvendo a equipa multidisciplinar. Nazarko (2012a, 2012b, 2013, 2015, 2017) e Arkan *et al.* (2018) realçam aqui o papel do enfermeiro nesta equipa. Também nos contextos onde desenvolvemos este estudo tal se verificou, apesar dos constrangimentos já descritos.

Os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com incontinência, bem como o modo como a cultura individual e organizacional interferiam na promoção do autocuidado do idoso com IU foi estudada e analisada. Em seguida, na observância do percurso etnográfico, surgiram questões que nos remeteram para a identificação de *sugestões*, sustentadas em testemunhos já existentes para a melhoria deste processo, mas que quisemos aprofundar. Mais uma vez recorremos aos atores envolvidos. Os idosos avaliavam o processo de acompanhamento e promoção do autocuidado de uma forma muito positiva, como já ilustrámos através de alguns relatos que incluímos na categoria preparando a alta, contudo este aspeto, foi realçado quando pedimos para descrever alguma situação significativa e sugestões para melhorar os cuidados que lhes eram prestados.

É um espetáculo, nem lhe consigo dizer, isto para mim não é um hospital, é um hotel, temos tudo e atenção. Aqui no internamento é tudo especial, começando pela alimentação e pelo bem-estar que nos fazem, isto tem sido sempre especial, é o hospital todo, como nos ajudam gosto deste hospital. Gostava de ser alguém para ajudar aqui a fazer uma escultura, ou assim. (I8_UA)

Apesar de não termos presenciado nenhuma intervenção onde a privacidade e conforto do idoso não fosse acautelada, um dos entrevistados disse:

Quero dizer-lhe uma coisa que não gosto. Chegam ao pé de nós, levantam os lençóis e depois é que vão buscar a fralda e tudo, e eu gostava mais que quando vinham para trocar a fralda, trouxessem o material e a gente não ficasse à espera, é desconfortável. Não há nada que justifique não fazerem assim. (I4_UV)

Também os profissionais identificaram melhorias que podiam ser introduzidas. Estas prendiam-se com uma aposta na promoção de um *maior envolvimento da família*, na intervenção

de enfermagem *autocuidado de apoio e ensino*, claro que com a cooperação da equipa multidisciplinar, num *maior investimento organizacional ao nível dos recursos humanos*, tanto no recrutamento como ao nível da formação e na *divulgação e desmistificação da IU*.

A nível de ligação da equipa multidisciplinar, enfermagem e família, creio que sim. [é um ponto a apostar]” (E12_UV_Enf3)

Na continuidade do *envolvimento da família*, associa-se a *intervenção de enfermagem para a construção do autocuidado de apoio e ensino*, envolvendo aqui ainda a equipa multidisciplinar.

Claro, exatamente como há pouco falei da necessidade da sensibilização (...) num mini universo que é a unidade de cuidados continuados, convalescença ou outros e já que tantas reuniões há, quando se recebe o doente, um x tempo depois, para preparar a alta do doente, tinha-se ali uma boa oportunidade para focar esse assunto e sensibilizar a família para o pós alta nessa questão também. (E11_UV_Med2)

Um dos enfermeiros que acompanhámos sugeriu que se iniciasse este envolvimento no autocuidado de ensino e apoio dentro da própria equipa, face à disponibilidade dos profissionais para melhorar a qualidade dos cuidados e à forma de trabalho vigente, envolvendo a equipa multidisciplinar sustentada numa cultura de cooperação para a promoção da sistematização nos cuidados.

Passa por formação, passa por alerta, passa pelas passagens de turno em que é necessário passar a informação de que aquele doente está a fazer treino e que é necessário estar atento e quando ele pede é mesmo útil que se vá porque ele, porque se mantivermos esta atitude o doente vai sair mais autónomo e esta responsabilidade é partilhada por todos, e quando assim é, realmente é de facto fantástico, e os doentes entendem isto e reconhecem isso, dizem “Cada vez que peço eles vão comigo à casa de banho”, temos situações destas, que eles dizem às famílias. (E4_UA_Enf2)

Outro enfermeiro salientou a necessidade de efetuar um suporte que contribuísse para a continuidade do autocuidado de ensino e apoio.

Um folheto se calhar era interessante, porque normalmente as pessoas reagem e gostam muito desse tipo de informação, para levar para casa e ler. (E8_UV_Enf2)

Por outro lado também nas sugestões apresentadas emergiu uma dimensão associada à necessidade deste apoio e ensino ser salientado quando se faz a referenciação.

É isso que eu ia falar, que foi uma senhora que tínhamos cá também com AVC, com incontinência, e que expressou isso, expressou que durante a noite fazia sempre xixi na cama, em casa da filha, não queria ir a casa da filha porque fazia xixi na cama. E depois de termos feito o treino, foi identificada, foi feito o treino com os exercícios de Kegel e do pavimento pélvico, e a senhora deixou de fazer, de ter perdas urinárias, portanto foi muito bom. Foi feito o treino da incontinência de esforço, portanto, no

exercício, incluindo o exercício e foi muito, muito, conseguimos muito bons resultados. Claro que depois a senhora teve alta, e entretanto já soubemos posteriormente, a senhora teve alta, foi para outra unidade, entretanto foi para um lar e perdeu, perdeu tudo aquilo que tinha ganho. Exatamente porque o períneo é um músculo e deixou de ser estimulado e de funcionar e, portanto vai perdendo cada vez mais capacidades, e neste momento a senhora já anda outra vez de fralda, que ela já tinha tirado completamente. (E2_UV_Fis_Focus)

Também a necessidade de *maior investimento organizacional ao nível dos recursos humanos* foi salientado, com aposta na formação contínua e recrutamento de pessoal. Relativamente à formação, mais uma vez diferentes profissionais salientaram que nos cursos de licenciatura, os conhecimentos relativos à IU são abordados de forma genérica, necessitando sempre ser atualizados. Os enfermeiros particularmente consideram esta necessidade, embora a instituição promova formação quando adquire os dispositivos de contenção.

Acho que devia haver mais formação na área, acho que na licenciatura é um tema pouco abordado. (E8_UV_Enf2)

A própria marca de fraldas que usamos já cá estive a fazer formação da correta colocação, da necessidade de troca ou não conforme a absorção que tem. (...) Também acho, sinto que mesmo a nível de treino, técnicas de treino têm sido algumas coisas afloradas mas podia ir mais fundo, sem dúvida. (E4 -UV-Enf1)

Eu, enquanto terapeuta ocupacional, falei no curso, de facto, em algumas coisas, mas foi tudo muito geral, e acho que, realmente, se calhar poderia aprofundar mais conhecimentos nesta área, em termos de atuação mesmo como terapeuta ocupacional, talvez. (E1_UV_TO_Focus)

Sim eu, na fisioterapia, como fisioterapeuta também acho, primeiro porque estão sempre a sair novas coisas, novas balizas, novas técnicas e eu acho que nunca sabemos tudo, portanto, acho que concordo. (E2_UV_Fis_Focus)

No intuito de colmatar dificuldades já ilustradas, outra sugestão, prende-se com um maior investimento organizacional ao nível dos recursos humanos no que diz respeito a enfermeiros e auxiliares.

Mais recursos humanos, formação e informação dos profissionais. Às vezes temos uma certa lacuna em relação à IU. (E13_UV_Enf4)

Aumentar o rácio de enfermeiros para podermos ter mais tempo, não só para tentar recuperar estes casos de IU, mas também para envolver mais o utente nesse autocuidado e nessa recuperação. (E8_UV_Enf2)

Aqui não podemos deixar de considerar que a rotatividade principalmente dos enfermeiros que interferia nos processos de cuidados, sendo necessário ter em consideração esta dimensão. Como já ilustrámos os enfermeiros pela abordagem holista, estarão na linha da frente reunindo potencialidades para identificarem idosos com IU, envolvendo-o nos

cuidados, estabelecendo intervenções adequadas em articulação multidisciplinar. Contudo nos quotidianos de cuidados muitas vezes os caminhos da promoção da continência urinária nem sempre eram fáceis de percorrer. A implementação de intervenções adequadas nem sempre era fácil, devido a barreiras ambientais que se repercutem na falta de tempo e ainda devido ao facto da IU ainda não ser considerada prioritária. Tal como Arkan *et al.* (2018) e Hunter & Wagg (2018) aludiram nos seus trabalhos, também nós encontrámos resultados semelhantes, concordando tal como estes autores com a necessidade de encontrar estratégias que se configurem enquanto promotoras da melhoria destes cuidados, começando desde logo pela necessidade de efetuar a translação do conhecimento. Por outro lado, os diversos profissionais salientaram a necessidade de se investir na divulgação e desmistificação da IU.

Acho que esta questão da incontinência tem que ser cada vez mais esmiuçada principalmente com os utentes e com as próprias famílias, porque o estigma que existe associado à incontinência tem que ser desmistificado, há um estigma muito grande, há pessoas que andam por aí com este tipo de problemas e não dizem absolutamente nada porque têm medo de se exporem e portanto eu acho que se houver mais informação neste sentido. Talvez possa ser mais fácil, e nós sabemos que quando uma questão é falada amplamente por exemplo nos meios de comunicação social, ou inclusivamente na sociedade, é de alguma forma mais bem aceite e as pessoas conseguem assumir que existe este problema. Já vimos isto com outras situações de saúde, que não a incontinência, se falarmos abertamente sobre o assunto, as pessoas que necessitam de procurar cuidados, claro que se vão expor, vão dizer eu preciso disto, por exemplo os métodos contraceptivos é um caso desse género. Antigamente toda a gente tinha muita dificuldade em ir ao centro de saúde pedir um método contraceptivo, agora é algo que se faz usualmente. (E4_UA_Enf2_Focus)

E até porque a incontinência pode ser sintoma de qualquer outro problema. E portanto há aqui a necessidade de consciencializar as pessoas para a necessidade de muitas vezes terem o à-vontade de abordarem essa situação, com por exemplo os médicos, enfermeiros, para se tentar perceber o que é que se passa. (E5_UA_TSSS_Focus)

Olhe o que poderia ser feito em primeiro lugar seriam situações de sensibilização. Assim como aqui há uns anos houve uma chamada de atenção às pessoas para as questões da osteoporose, dietas ricas em sal por causa do problema da hipertensão, para as situações da depressão e do suicídio, por exemplo uma coisa que acho que era bastante útil, era sensibilizar a população em geral para o problema da incontinência, para o que é a incontinência, para os problemas sociais e familiares que essa incontinência origina e desdramatizar-se se assim se pode dizer a questão da incontinência. Talvez assim se as pessoas que têm incontinência vissem que estavam a falar no seu problema de uma forma tão desdramatizada, conseguissem eles mesmo encarar essa situação de uma forma menos dramática e procurar mais frequentemente e mais precocemente ajuda para a sua situação. Porque sabemos que a ajuda precoce é muito importante para o bom resultado do tratamento. (E11_UV_Med2)

A necessidade de divulgação da IU emergiu como dimensão importante para fazer face ao tabu e estigma ainda existente, no intuito da libertação das pessoas relativamente a

sentimentos negativos como a vergonha que as impedia de falar inclusive com os profissionais de saúde, promovendo desta forma um cuidado mais precoce que se poderia inclusive traduzir em melhores resultados na promoção da continência urinária. Ao longo do tempo que permanecemos nas unidades, verificámos que o nosso trabalho contribuiu para o aprofundamento desta temática, também alertou os técnicos para a necessidade de divulgação junto da comunidade como ficou patente no testemunho de uma fisioterapeuta.

Acho que é um grande problema da nossa sociedade, há muita vergonha em admitir que existe, que se tem e não se procura ajuda, nós na feira [evento local onde a unidade e os técnicos de saúde participaram, já no final do nosso de campo] fizemos uma abordagem da doença e tivemos muito pouca adesão, fiquei até um bocado triste, mas acho que grande parte do motivo foi a vergonha, por acaso as pessoas que nos abordaram, era muito à parte, não falavam muito abertamente do assunto, percebi que é um assunto que tem que ser debatido cada vez mais, e depois porque há muito o estigma que o idoso é normal ficar incontinente, põe-se uma fralda como o enfermeiro disse e fica resolvido, não se procura contornar, não se procura resolver. (E2-UA-Fis1-Focus)

Por outro lado verificámos que ao nível da coordenação geral da rede através do testemunho do membro que entrevistámos, considera ainda ser necessária a divulgação da própria RNCCI e das ofertas que dispõe. Não esquecendo a necessidade de investir na investigação.

O autocuidado é uma conceptualização feliz, é neste momento transdisciplinar apesar de ter sido desenvolvida por uma enfermeira, mas é claramente transdisciplinar porque efetivamente interessa a todas as profissões que trabalham na área da saúde, e é uma construção que tem a ver em grande parte dos processos de cuidados com o modo como cada um de nós vive e cuida de si próprio e isto é de uma riqueza brutal. (...) Portanto conhecer os processos de autocuidado, conhecer como ele se instala e desenvolve, permite-nos depois ter processos de cuidados no sentido de que adequem para devolver a independência a estas pessoas e ainda estamos longe disto acontecer em grande parte das áreas, desde a eliminação, passando pela alimentação, pela higiene, etc., estamos muito longe de perceber isso e é preciso investir muito. Se me perguntar quais são as profissões que têm mais responsabilidade nisso, a enfermagem vem à cabeça. (Coord_Rede)

Fica ilustrado que esta é uma área que carece de atuação, persistência e investimento não só em termos de cuidados terapêuticos e reabilitação, mas inclusive numa aposta forte em termos de educação para a saúde. Orem (2001) sustenta que tanto as pessoas que necessitam de um serviço de saúde como aquelas que prestam este serviço estão relacionadas com um sistema social, sendo necessário o estabelecimento de uma comunicação efetiva desde o início da interação no intuito de efetuar o diagnóstico das capacidades para promover o autocuidado, das limitações e capacidades existentes, confirmando as mesmas com a pessoa e família até à adequação do autocuidado envolvendo sempre o acordo entre os envolvidos. Assim, e sintetizando tendo em conta o recomendado para a promoção do autocuidado no idoso com

IU, verificámos que o diagnóstico da situação era efetuado de forma precoce envolvendo a equipa multidisciplinar, mas nem sempre a tipologia da IU era diferenciada, havia por parte da equipa uma tentativa de envolvimento do idoso tornando-o parceiro dos cuidados, mas nem sempre era conseguido, principalmente nas situações em que apresentava problemas de orientação espaço temporal. O autocuidado quer fosse completamente / parcialmente compensatório ou de ensino, era gerido tendo em conta as condicionantes físicas, psicológicas, ambientais, sociais e culturais dos envolvidos, os cuidados de enfermagem eram sistematizados em articulação com a equipa multidisciplinar, havendo uma aposta na terapia comportamental, sempre que existiam condições, quando tal não se verificava era promovido o conforto, a prevenção de complicações e resguardada a intimidade do idoso. A alta era preparada através do acompanhamento e referenciação com registo das intervenções, tendo em conta as condições tanto deste como do cuidador. Esta alta ou referenciação era ainda decidida mobilizando medidas de suporte de acordo com a avaliação efetuada.

Tratando-se de um processo com início no acolhimento, passando pelo acompanhamento e culminando com a alta e referenciação, encontrámos lacunas, mas também muitas potencialidades, sendo na nossa perspetiva, possível impulsionar o seu empreendimento no sentido da melhoria dos cuidados. Suportados na perspetiva de Silverman que ao analisar os trabalhos de Harvey Sacks verificou que o trabalho era sempre orientado pelos dados, não pelo fascínio dos dados em si, mas porque o objetivo era perceber o mecanismo subjacente às interações, “Em vez de se sentar na sua poltrona e construir grandes teorias sobre a sociedade, ele preferiu, como os primeiros etnógrafos, “sujar as mãos” com alguns dados¹⁸ (Silverman, 1998: 60), quisemos efetuar uma síntese ilustrativa, baseada numa análise que refletisse esta prática. O autor acrescenta ainda que para encontrar a maquinaria subjacente às interações, devemos ter acesso e estudar os seus produtos, sustentados nestas premissas, avançámos.

Hoje cada vez mais os serviços de saúde são geridos como empresas, sendo necessário manter o equilíbrio entre os custos e os benefícios, à semelhança do que nos foi descrito relativamente à aquisição de produtos de contenção como as fraldas. Assim, antes de mais nada, é preciso fazer uma boa análise dos processos para poder inventariar sugestões para melhorar os cuidados ao idoso. Em várias áreas o recurso a uma metodologia simples mas eficiente que evidencia aspetos importantes ligados aos cenários onde ocorrem as interações é a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) ou FOFA

¹⁸ “Sacks's work is always driven by data. Rather than sit in his armchair and construct grand theories about society, he preferred, like the early ethnographers, to 'get his hands dirty' with some data” (Silverman, 1998: 60) (tradução da autora).

(Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) (Fialho, Silva & Saragoça, 2017). Também na área da saúde, quando é necessário melhorar processos envolvendo a equipa multidisciplinar, o recurso a este tipo de análise é utilizado. Por exemplo, Covill & Hope (2012) conduziram um processo de desenvolvimento da prática efetuando um estudo de caso no âmbito da prevenção de quedas. Várias ferramentas incluindo a análise SWOT / FOFA foram utilizadas para instituir melhoria, tendo esta sido também fundamental na identificação das competências existentes e necessárias que conduziram posteriormente ao desenvolvimento de uma análise em torno das necessidades de formação.

Sustentados nas potencialidades desta metodologia de análise para ilustração de processos que incorporam não só o ambiente interno onde estes ocorrem, como o externo que terá influência em termos de oportunidades e ameaças, procurámos sistematizar os nossos achados no intuito de melhorar a compreensão do processo estudado. Para tal respeitámos a metodologia de codificação recomendada por Fialho *et al.* (2017), nomeadamente o recurso à cor fazendo a correspondência entre as categorias, tendo ainda em conta os ambientes interno e externo (Figura n.º 12).

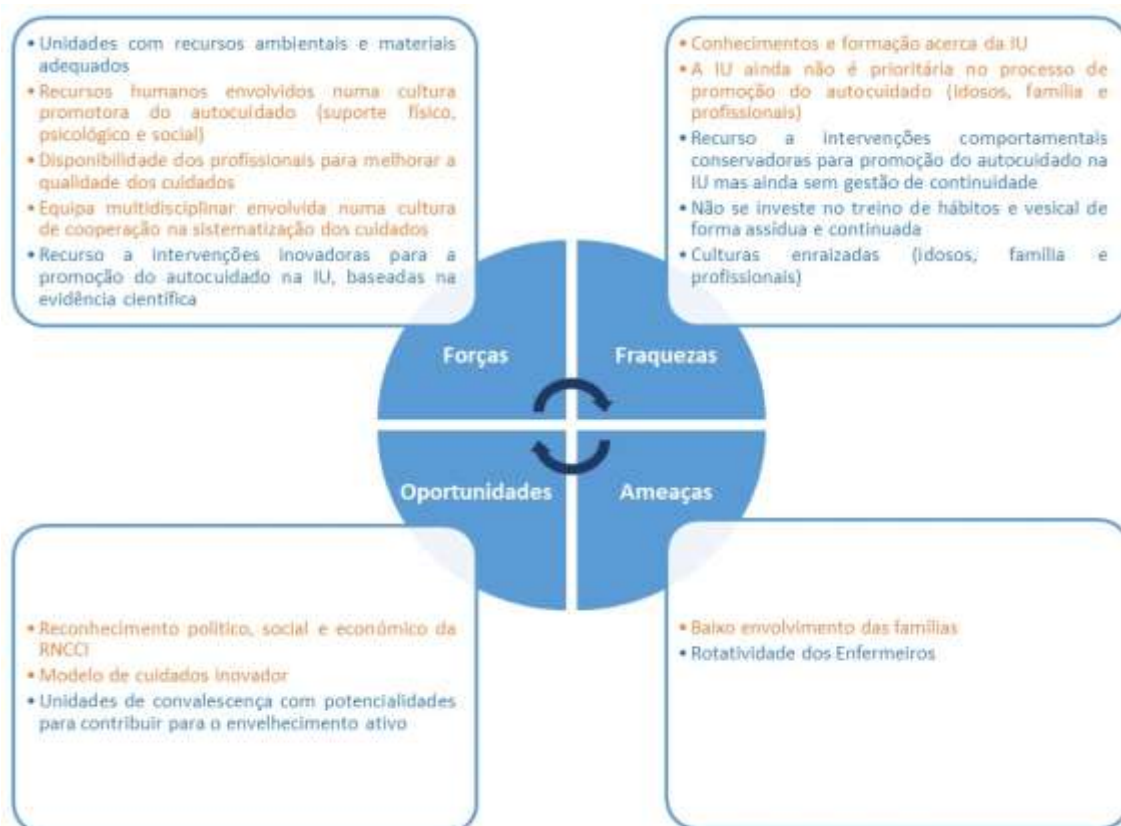


Figura n.º 12 – A construção do processo de autocuidado aos idosos com IU: Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades

No que diz respeito às forças, verificámos que nestes contextos existiam recursos ambientais e materiais adequados, destacamos aqui a fralda, objeto simbólico neste processo. Respeitavam a relação qualidade / preço, sustentando o processo de construção do autocuidado na observância pela cultura organizacional e qualidade dos cuidados, uma vez que eram feitas de materiais superabsorventes que procuram manter os fluídos longe da pele, de tamanho e forma adequados ao idoso por forma a poder conter os produtos de eliminação evitando o contacto com a pele. Coexistiam ainda intervenções inovadoras, baseadas na evidência científica no que diz respeito à IU. Por outro lado verificámos que embora se recorresse a intervenções comportamentais conservadoras, estas careciam ainda de gestão de continuidade, pois não se investia de forma sistemática no treino de hábitos nem no autocuidado de ensino e apoio o que considerámos enquanto fraqueza. Isto prendia-se com o que considerámos uma ameaça que consistia na rotatividade dos recursos humanos devido a fatores sócio-político-organizacionais que tinham influência posteriormente nos cuidados ao nível micro, pela interferência na fixação dos profissionais. Contudo enquanto oportunidade, observámos o facto de estas unidades reunirem condições e poderem contribuir para a promoção do envelhecimento ativo reabilitando o idoso, para que o regresso a casa fosse efetuado com qualidade e de forma segura.

Considerámos ainda como força o facto dos recursos humanos estarem envolvidos numa cultura promotora do autocuidado, promovendo suporte físico, psicológico e social, estando abertos e disponíveis para melhorar a qualidade dos cuidados.

Encontrámos equipas multidisciplinares envoltas numa cultura de cooperação na sistematização dos cuidados, recorrendo a reuniões periódicas onde era atualizado o PII, envolvendo idoso e família sempre que possível, onde o gestor de caso desempenhava um papel importante. No entanto coexistiam fraquezas associadas ao défice de conhecimentos e aprofundamento da formação acerca da IU, por outro lado verificámos que tanto para os idosos, como familiares e profissionais, à semelhança do que acontece em outros países, a IU ainda não era prioritária no processo de promoção do autocuidado. Olhámos enquanto ameaça ao desenvolvimento sustentado do processo, o baixo envolvimento das famílias na promoção por razões de ordem social e a rotatividade dos recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, considerados tanto nos dados encontrados como na literatura já referenciada, atores chave no processo de construção do autocuidado ao idoso com IU.

Conclusões e sugestões

“O reconhecimento da incontinência como uma condição que pode ser tratada, pode sem dúvida, melhorar a qualidade de vida dos idosos afetados.”¹⁹

(Spencer *et al.*, 2017: 104)

¹⁹ “*Recognizing incontinence as a treatable condition can undoubtedly improve the quality of life for all older adults affected.*” (tradução da autora).

O envelhecimento da população é uma realidade, que compõe o horizonte temporal futuro. Viveremos mais anos, contudo esta longevidade é acompanhada por situações de doença e comorbilidades que afetam o bem-estar, sendo necessário mobilizar estratégias para fazer face aos desafios que tal situação encerra. Envelhecer, está longe de poder ser encarado como uma realidade homogénea, é antes plural, sustentado em determinantes que ao influenciar a saúde também o afetam (WHO, 2015a; 2015b; Costa *et al.*, 2017). Promover o envelhecimento ativo e bem-sucedido requer, não só a adoção de comportamentos saudáveis, mas também a mobilização de políticas de cuidados, capazes de atuar nos casos em que a doença está instalada, tendo em conta os aspetos económicos, sociais e culturais que o influenciam.

Vive-se mais anos, mas as situações de dependência nas atividades de vida diária, associadas a doença cerebrovascular, osteoarticular ou cuidados pós cirúrgicos, principalmente em pessoas de sessenta e cinco ou mais anos, continuam a liderar os motivos de referenciação para Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (ACSS – DRS, 2017). O número de indivíduos com Incontinência Urinária (INE, 2016; APU / APNU, 2016; 2018) também continua a aumentar, sendo que a intervenção para a gestão da mesma constitui uma preocupação internacional (WOCN Continence Committee 2008-2009 *et al.*, 2009; Abrams *et al.*, 2013; Reid, 2014; Woodward, 2014; Rocha & Redol, 2016).

Uma vez que as Unidades de Convalescença têm por missão a prestação de cuidados de reabilitação a pessoas em situação de dependência, resultante de uma situação aguda, recorrência ou agravamento de doença crónica, propusemo-nos desenvolver naquele contexto o estudo aqui apresentado. Este teve como finalidade, compreender numa perspetiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com IU o processo de autocuidado, em contexto de convalescença. Perceber um processo que é dinâmico, ao qual estão subjacentes interações levadas a cabo num contexto socio-organizacional recente, e que encerra em si a complexidade da conjugação de culturas, remeteu-nos para uma abordagem efetuada sob a égide do paradigma qualitativo. Como era nosso propósito o descortinar de uma cultura de cuidados articulados multidisciplinarmente, mas numa perspetiva de enfermagem, optámos por ancorar o mesmo, numa abordagem etnográfica, conjugando saberes oriundos das ciências sociais e da enfermagem (Spradley, 1980; Streubert & Carpenter, 2003; Leininger, 2006; Brink, 2013; Ray, Morris & McFarland, 2013).

Todo o percurso foi efetuado em torno dos aspetos socioculturais subjacentes à construção do autocuidado ao idoso com IU em contexto de convalescença, tendo particular atenção ao método escolhido e às considerações éticas com as quais nos comprometemos desde início. A análise desenvolvida em simultaneidade com o processo de colheita de dados foi alicerçada nos *objetivos do estudo*, estando as conclusões aqui apresentadas, ancoradas aos mesmos. Incorporando as questões orientadoras, fomos conduzindo a análise, através do encontro com regularidades e padrões articulados com os *memos* construídos, até ao surgimento de categorias e subcategorias que nos permitiram a construção dos domínios culturais que nos conduziram às conclusões aqui apresentadas:

1. A construção do autocuidado ao idoso com IU levado a cabo em contexto de convalescença, ancorava-se num contexto cultural e num horizonte temporal, onde os atores envolvidos eram condicionados e condicionadores do processo.
2. O processo de construção do autocuidado acontecia em três etapas: acolhimento, acompanhamento e alta clínica.
3. Os significados que os atores atribuíam à IU, descortinados no acolhimento e primeiros dias de internamento, constituíam o primeiro desafio do encontro de culturas.
4. Durante o acompanhamento, os cuidados eram enformados integrando logística, atividades e objetos, atendendo às dificuldades e mobilizando estratégias, envolvendo o idoso, família e equipa multidisciplinar. O enfermeiro era o ator chave neste processo, mediando as interações estabelecidas, integrando culturas individuais e organizacionais.
5. A Alta era preparada desde o início do internamento, mas materializada na etapa final. A evolução do processo de construção do autocuidado ao idoso conduzia a dois destinos: O regresso a casa ou a referenciação.

Este conjunto de conclusões será explicado de forma mais pormenorizada em seguida, fechando com um conjunto de sugestões enraizadas nas mesmas. A inserção no terreno teve particular relevância no desenvolvimento do trabalho de campo, a observância da privacidade, a não imposição da nossa presença e o respeito por normas e valores que incorporavam as culturas vigentes, abriram-nos caminhos que permitiram a compreensão dos significados subjacentes às ações e interações estabelecidas nos quotidianos. Foi também a primeira etapa do trabalho, cuja análise e reflexão nos guiou através das etapas seguintes (Arco & Costa, 2017). Se inicialmente apesar da aceitação da nossa presença “portas” se fechavam, depois houve lugar à integração acompanhada por explicações, dando acesso à visão *emic* que cruzámos com a *etic*, numa dialética de proximidade e distanciamento, cruzamento de perspectivas e fontes de dados, enquanto garantia de resultados fiéis.

1.^a Conclusão

A construção do autocuidado ao idoso com IU levado a cabo em contexto de convalescença, ancorava-se num contexto cultural e num horizonte temporal, onde os atores envolvidos eram condicionados e condicionadores do processo.

As unidades onde decorreu o estudo integravam a perspetiva organizacional da RNCCI, o modelo de cuidados e as culturas dos atores que as compunham. O espaço físico, embora em termos arquitetónicos fosse distinto nas duas unidades, na organização estrutural era semelhante. As unidades eram modernas, com recursos materiais diversificados permitindo uma prestação de cuidados flexível e adequada às necessidades de autocuidado dos idosos, onde o *espaço imaginado* aquando da sua construção dava lugar ao *espaço real* para responder às realidades presentes, mobilizando ou adaptando *objetos e disposições*. Eram arejadas, luminosas e integravam pormenores não só acolhedores como promotores da segurança daqueles que ali permaneciam. Os quartos, dentro das normas admitiam a integração de objetos pessoais e de pertença do idoso. Considerou-se por isso que *o contexto enquanto espaço físico era promotor do autocuidado*.

As interações eram protagonizadas por atores que se moviam num espaço comum, sustentados no modelo de cuidados que previa uma ação multidisciplinar e o envolvimento do idoso e família. As equipas eram compostas por médicos, enfermeiros, vários terapeutas, animadores, técnicos de serviço social e auxiliares. A média de tempo de serviço dos profissionais de enfermagem era mais baixa, que a dos restantes membros da equipa. Os idosos que integraram o estudo, apresentavam incontinência urinária e as doenças subjacentes ao motivo de internamento foram maioritariamente o AVC e as fraturas.

A observação das interações quotidianas colocou-nos em contacto com uma realidade que apesar de pensarmos conhecer por meio da nossa atividade profissional, se revelou surpreendente na descoberta que ocorria sustentada num processo de investigação. Pela diversidade de atores presente nos quotidianos e pelo modelo organizacional vigente, percebemos que os atores presentes no contexto condicionavam e eram condicionados através do *encontro de culturas* subjacentes. O prosseguimento da pesquisa conduziu-nos, à interpretação e explicitação destas interações.

2.^a Conclusão

O processo de construção do autocuidado acontecia em três etapas: acolhimento,

acompanhamento e alta clínica.

A temporalidade cedo se verificou significativa na construção do autocuidado ao idoso com IU, as práticas eram desenvolvidas nos quotidianos atravessando os turnos (manhã, tarde, noite), mas adaptadas às necessidades de autocuidado do idoso, na maioria das vezes, observando o *tempo* de permanência na unidade que em geral tinha uma média de trinta dias. Apesar da diversidade de idades e patologias, desde os primeiros tempos de observação, verificámos que a gestão da IU acompanhava o evoluir do processo de reabilitação, que tinha início no *acolhimento*, iniciado com a receção do idoso e família. Este era conduzido num encontro entre profissionais, idoso e família / cuidador, onde os primeiros diálogos eram estabelecidos, apurando expectativas, avaliando dificuldades e acolhendo os primeiros sentires, percebendo nesta etapa, que muitos outros que não eram verbalizados. Seguiu-se o *acompanhamento*, efetuado pela equipa multidisciplinar que percorria com o idoso, o caminho para a construção do autocuidado. Era a etapa mais longa, e a sua duração dependia da evolução do processo. Também aqui os *tempos* condicionavam e eram condicionadores da construção do autocuidado. No final acontecia a *alta*, que apesar de ser planeada desde a entrada na unidade, a sua preparação, recebia particular atenção nos últimos dias de internamento. Aqui a interação idoso / família / equipa, assumiam mais uma vez particular importância. O encontro de significados, valores, dificuldades, evolução clínica, potencialidades e recursos, materializados na conferência familiar, impunha os destinos.

3.^a Conclusão

Os significados que os atores atribuíam à IU, descortinados no acolhimento e primeiros dias de internamento, constituíam o primeiro desafio do encontro de culturas.

Durante a reunião de acolhimentos e nos primeiros dias de internamento, cruzavam-se sentimentos, valores e significados, ligados à IU. Para alguns idosos era situação recente, para outros, era convívio diário de uma história de vida já longa, agravada pela atual situação de doença. Face aos objetivos traçados, tornou-se importante *compreender os significados, valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro / idoso / família com vista à promoção do autocuidado*. Sustentados na teoria do défice de autocuidado (Orem, 2001), na perspetiva cultural de Leininger (1997, 2006), nos conceitos ligados à representação do corpo incontinente onde a perspetiva sociocultural estava presente (Douglas, 1991; Le Breton, 2006), ancorando a perspetiva das ciências da saúde em geral, mas da enfermagem em

particular sobre cuidados ao idoso (Costa, 2006; Lopes, 2013; Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2016; Nazarko, 2017; Spencer *et al.*, 2017), partimos e fomos aprimorando explicações.

O acolhimento abrigava o início do processo, onde a origem e importância atribuída à IU, a visão sobre o corpo incontinente, os sentimentos vigentes e as implicações sentidas e vividas fossem atuais ou relato de situações anteriores, constituíram categorias e subcategorias que deram origem ao primeiro domínio que denominámos “Significados e valores enquanto desafios da primeira etapa do processo de autocuidado”.

À entrada, o estado cognitivo e as atividades de vida diárias, onde se destacavam os aspetos relacionados com a mobilidade, eram avaliadas com recurso a escalas, sendo efetuado o registo no Processo Individual de Cuidados Continuados que ia sendo atualizado. A avaliação da IU baseava-se nos relatos do idoso e / ou família e história clínica, presente nos registos oriundos da instituição de saúde de onde o idoso vinha referenciado. Esta avaliação nas unidades de convalescença, não era efetuada com recurso a instrumentos / escalas especificamente dirigidas à incontinência urinária. Sustentava-se ainda na observação que ia sendo efetuada ao longo do internamento. A tipologia da IU, na maioria das vezes não era identificada e não constava dos registos, contudo era avaliada a existência de infeção urinária sempre que havia sintomatologia, sendo prescrita terapêutica e cuidados diferenciados.

A história da IU era verificada, sendo atualizada ao longo do internamento, pois por vezes o relatado na admissão não correspondia à real situação. Com base nos testemunhos, verificámos que esta tinha tido origem no episódio de doença que levou à referenciação para convalescença, mas na maioria dos casos foi agravada pela mesma. Quando era perguntado ao idoso as expectativas em relação ao internamento, na maioria das vezes, como mais tarde confirmámos na entrevista, a mobilidade o “voltar a andar sozinho” era o principal desejo, corroborado pelos familiares. *A IU era assim considerada importante, mas não prioritária.* Também a mesma situação se verificou nos discursos dos profissionais, embora concordassem que a mesma tinha influência no processo de reabilitação.

Uma vez que a IU tinha implicações a vários níveis incluindo a interferência no processo de reabilitação, quisemos perceber a visão que os atores tinham do corpo incontinente e os sentimentos subjacentes. O silêncio do idoso junto da família, quando efetuada a reunião de acolhimento, era alicerçado num segredo bem e há muito guardado, pela vergonha da exposição familiar e social. Falar da IU era tabu, simplesmente “não se falava”, tentava-se sim controlar o sujo e o cheiro manipulando objetos (dispositivos de contenção, roupa larga), para que o corpo exposto, não evidenciasse as perdas urinárias. Coexistiam

ainda crenças, de que “esta era uma situação normal quando se envelhecia”, ou o “preço a pagar por ser mãe”, apoiadas numa cultura que passava de pais para filhos.

Conviviam com o medo de ser descobertos, a tristeza era sentida pelos idosos e percebida pelos profissionais. Existia no quotidiano a vergonha pela dependência e o sentimento de perda de dignidade. Havia ainda o constrangimento sentido pelo facto de ser cuidado numa região tão íntima por profissionais do sexo oposto e de se apresentar sujo, ocasionando pedidos de desculpa.

Tais significados compunham o leque que constituía o primeiro desafio à construção do processo de autocuidado. Os profissionais percebiam nas atitudes dos idosos, estes sentimentos, atuando de forma a atenuar os mesmos, sempre que as condições organizacionais assim o permitiam (redistribuindo os idosos pelos profissionais do mesmo sexo). Atuavam numa cultura de cuidados composta, que tinha por base os saberes profissionais, mas onde o respeito pelos valores e bem-estar e conforto do idoso eram condição presente. Apesar disso, estavam sempre subjacentes implicações da IU, umas anteriormente vividas, outras antecipadas face ao agravamento pela situação clínica. A dependência era vista como uma “grande perda”, sobre a qual nas palavras dos psicólogos que integravam a equipa, era necessário fazer o “luto” para que a partir daí se pudesse (re)construir o autocuidado, porque em alguns casos a recuperação total não era possível. Aqui, as implicações sociais anteriormente vividas como a restrição de saídas de casa e do convívio, psicológicas, associadas ao medo da exposição e da descoberta, económicas, relacionadas com os custos dos dispositivos de contenção e familiares como o afastamento do cônjuge, eram exacerbadas, num misto de sentimentos onde a expectativa futura, se antecipava ainda mais desfavorável.

Os atores estavam ancorados às teias de significados. Silêncios, crenças, vergonha, medo, tristeza e experiências anteriores negativas, agravados pelo facto da IU não ser prioritária nem para idosos nem para os profissionais, constituíam desafios à construção ou reconstrução do autocuidado. Devendo ser trabalhados naquela que denominámos por segunda etapa, o acompanhamento do idoso com IU.

4.ª Conclusão

Durante o acompanhamento, os cuidados eram enformados integrando logística, atividades e objetos, atendendo às dificuldades e mobilizando estratégias, envolvendo o idoso, a família e a equipa multidisciplinar. O enfermeiro era o ator chave neste processo,

mediando as interações estabelecidas, integrando culturas individuais e organizacionais.

As intervenções para a construção do autocuidado na IU, tinham por base o quadro de valores e significados de idosos e profissionais, eram conduzidas mediante as atividades programadas, procurando a individualização dos cuidados, dando atenção ao protocolo quando existiam situações especiais como por exemplo a infeção urinária.

Os aspetos cognitivos, a patologia subjacente, bem como a vontade em se tornar parceiro de cuidados, mais do que propriamente a idade, tinham bastante interferência nas interações e modos de ação durante o período de acompanhamento.

O ambiente físico e objetos que o integravam eram facilitadores destas intervenções, existiam quartos, casas de banho e outras estruturas equipadas com dispositivos de segurança, apoiados por culturas organizacionais que a promoviam, como era o caso do protocolo de prevenção de quedas.

Sempre que possível, as atividades incorporavam o lúdico ao terapêutico, tornando mais leve um caminho de construção ou reconstrução do autocuidado ao idoso com IU, que pelos sentimentos negativos associados e pelas dificuldades relacionadas com a patologia de base e as situações de dependência, era difícil de percorrer.

As fraldas, pensos, loções protetoras, cremes, toalhetas e outros, apresentavam qualidade, acompanhando as recomendações disponíveis no mercado e sustentadas pela evidência científica, havendo equilíbrio entre a relação custo benefício. Estes objetos eram mobilizados e adaptados consoante o estado cognitivo do idoso e o seu estágio no processo de reabilitação.

O PII, era planeado, discutido e atualizado semanalmente pela equipa multidisciplinar, tendo em conta a evolução do idoso. As intervenções de enfermagem ocorriam num regime de progressão do autocuidado, efetuado inicialmente num sistema total ou parcialmente compensatório, evoluindo quando possível para um autocuidado de apoio e ensino.

No que diz respeito à alimentação, não eram contabilizados os fluidos ingeridos, apenas era recomendada a ingestão de 1,5 litros de água por dia. Também não existiam quaisquer restrições alimentares relacionadas com a IU, apenas com outras patologias subjacentes como diabetes, hipertensão e excesso de peso. Irritantes vesicais como bebidas alcoólicas, gaseificadas e picantes não eram consumidos. O chá, chocolate, café, sumos e frutas cítricas eram ingeridos de forma moderada. A ingestão de líquidos tardiamente estava colmatada pela hora de deitar dos idosos. Relativamente à eliminação vesical o registo consistia no débito urinário dos utentes algaliados ou se o idoso tinha ou não eliminado.

Muitas das intervenções de enfermagem para gestão da IU eram paliativas,

principalmente quando se tratavam de idosos confusos e com elevado grau de dependência nas várias AVD, (higienização e mudança de fralda consoante a programação das atividades para o dia). Verificou-se sempre a existência de uma grande preocupação na prevenção de complicações associadas à IU como as DAI, com o conforto e privacidade do idoso. Enfermeiros e auxiliares, protagonistas destes cuidados, atuavam como guardiões destes idosos, recorrendo a procedimentos técnicos aos quais associavam muitas vezes o humor para que o utente não sentisse tristeza, tentando aliviar situações que se poderiam tornar constrangedoras.

As atividades comportamentais que os enfermeiros desenvolviam, junto dos idosos orientados no tempo e no espaço, eram baseadas em conhecimentos gerais adquiridos no curso de licenciatura, não tendo tido formação aprofundada sobre IU, o que influenciava os cuidados.

Havia uma preocupação com o estabelecimento do horário de esvaziamento ou eliminação. Era efetuado ao acordar, antes e após as refeições, ao deitar e uma ou duas vezes durante a noite. O treino de hábitos era conduzido sem recurso à avaliação individual do padrão de eliminação tal como é recomendado, através do estabelecimento de uma agenda pessoal para a eliminação vesical. Enfermeiros e auxiliares instruíam o idoso periodicamente, lembrando a necessidade de ir ao WC e auxiliando na atividade de acordo com as suas necessidades, tentando ao mesmo tempo promover a independência e gerir iniciativas perigosas que aumentavam o risco de queda. Procuravam ser pontuais, tanto nos alertas como na prontidão de atuação quando eram solicitados, felicitando e incentivando assiduamente. Contudo devido a dificuldades relacionadas com a gestão de recursos humanos, nem sempre tal acontecia, havendo situações em que não avisavam ou não respondiam a tempo.

O treino vesical que constituía a evolução em termos de intervenção, incluindo técnicas de relaxamento e distração para resistir à vontade de urinar, não era efetuado.

Existiam dificuldades relacionadas com o idoso que interferiam na construção do autocuidado, sendo o estado cognitivo e a dificuldade na mobilização as mais destacadas. A primeira porque interferia na compreensão necessária para conseguir a colaboração do idoso nos cuidados, a segunda, porque a capacidade para se deslocar à casa de banho, para se vestir e despir, necessárias à gestão da eliminação, estavam comprometidas.

Objetos como a algália e o saco coletor dificultavam a reabilitação, assim como a toma de medicamentos que provocavam sonolência, aumentando os incidentes de perdas urinárias e dificultando a colaboração do idoso, principalmente durante o período noturno.

Por outro lado, logo que os idosos passavam de uma situação de ajuda nos cuidados de completamente compensatórios, para parcialmente compensatórios, protagonizavam por vezes

iniciativas perigosas que aumentavam o risco de queda, uma vez que ao serem capazes de se deslocar à casa de banho com ajudas técnicas, não solicitavam a ajuda necessária ou a vigilância.

No que diz respeito ao ambiente organizacional, a rotatividade dos enfermeiros, tornava a gestão deste cuidado mais difícil, porque ao saírem passados cerca de quatro a cinco anos de serviço, não chegavam à perícia no cuidado. Talvez por isso os enfermeiros admitiram o desconhecimento de muitas das técnicas associadas à promoção da continência urinária.

Também outros técnicos como fisioterapeutas, reconheciam a necessidade de mais formação. Por outro lado, foi salientado que a aplicação de técnicas como o *biofeedback* e a *utilização de cones vaginais*, não era feita por questões culturais, associadas aos idosos, recusadas por serem constrangedoras ao envolvimento e participação do mesmo.

Perante as dificuldades eram mobilizadas estratégias. O envolvimento do idoso era condição essencial, facilitada por uma cultura organizacional que previa a integração e participação ativa deste, na construção do seu PII.

Os enfermeiros procuravam gerir a evolução no processo de construção do autocuidado, num equilíbrio risco / benefício, por um lado dando independência, por outro efetuando vigilância e apostando no autocuidado de ensino e suporte.

Também a colaboração da família era mobilizada, no intuito de preparar o regresso ao domicílio de um idoso cujo autocuidado estava a ser reconstruído, sendo necessária a readaptação da casa e daqueles que com ele conviviam. Para tal existiam as saídas de fim de semana.

A multidisciplinaridade no cuidar, evidenciou-se como modelo de cuidados. Suportada nos normativos legais, era materializada na construção do PII, discutido em reuniões semanais e supervisionado pelo gestor de caso, mobilizando a ação negociada entre profissionais, idoso e família.

O enfermeiro era o ator chave nas interações estabelecidas com o idoso, família e outros profissionais. Pela relação de proximidade que construíam com o idoso, alicerçada na partilha de significados e numa relação de confiança consolidada ao longo do internamento, tinha sobre o utente um grande poder de persuasão e incentivo, mobilizando-o na maioria das vezes enquanto parceiro nos cuidados. O enfermeiro atuava como mediador com a família, transmitindo informação quando outros técnicos já tinham saído do serviço e efetuando ensino, sobre os cuidados ao idoso. Era consultor de outros técnicos e principalmente dos auxiliares, que tendo delegadas tarefas, procuravam o apoio e aval dos enfermeiros. Por estar presente vinte e quatro horas, promoviam a continuidade dos cuidados, por exemplo as técnicas para reabilitação da musculatura pélvica com exercícios de Kegel, eram efetuadas em

cooperação com a equipa de enfermagem, que davam continuidade aos exercícios ao longo do dia, avisando e incentivando o idoso.

Durante o acompanhamento eram conduzidas atividades e intervenções, mobilizando objetos que se revelaram significativos como a fralda, pois a passagem do dispositivo tradicional para a cueca fralda, representava a evolução no processo de construção do autocuidado na eliminação vesical. Os modos de ação eram atravessados por dificuldades relacionadas com o idoso e com o ambiente organizacional, sendo mobilizadas estratégias de atuação, adaptadas às necessidades, mobilizando recursos individuais e organizacionais, que davam corpo a uma cultura de cuidados integradora e multiprofissional, onde a comunicação e negociação eram subjacentes.

5.^a Conclusão

A Alta era preparada desde o início do internamento, mas materializada na etapa final. A evolução do processo de construção do autocuidado ao idoso conduzia a dois destinos: O regresso a casa ou a referenciação.

A multidisciplinaridade no cuidar, cedo se revelou enquanto estratégia integrante do modelo de cuidados em vigor nas unidades. Traçámos como objetivo *compreender o modo como a cultura individual e organizacional interferem na promoção do autocuidado no idoso com IU*. Para o podermos atingir, era necessário perceber quais os fatores que interferiam neste processo e os resultados observados. A finalização da caminhada efetuada no seio das unidades de convalescença era materializada com a preparação da *alta*.

Sendo preparada desde o início e continuada ao longo do internamento, tendo em conta a avaliação do idoso, família e condições habitacionais, era condicionada pela evolução no processo de reabilitação.

Mobilizava a equipa multidisciplinar, estando a assistência sistematizada de acordo com a evolução clínica do idoso, quando necessário, eram mobilizados recursos internos e da comunidade para que o regresso a casa fosse efetuado nas melhores condições de segurança.

Sempre que no final dos trinta dias de internamento não existiam condições clínicas do idoso ou condições sociais para o regresso a casa, era efetuada a referenciação para outras respostas ou prorrogado o internamento.

Emergiu relacionada com a alta nas unidades de convalescença, uma realidade dual, que remetia para dois caminhos de preparação da mesma e dois destinos diferentes para o idoso:

O regresso a casa ou a referenciação para outra tipologia de cuidados. *A presença de IU, não se revelou por si só, condicionadora do regresso a casa*, contudo, quando esta estava associada a outras perdas de funcionalidade, o idoso era referenciado para outras respostas de internamento de longa duração, o que nos remete para a necessidade de continuar alerta para esta situação, visto ainda a IU aumentar a dificuldade de mobilização e interferir na reabilitação.

A conferência familiar para efetuar os acordos necessários, foi a estratégia encontrada, concretizada na reunião entre equipa, idoso e família para serem estabelecidos os acordos necessários para a promoção da continuidade dos cuidados, quer em casa, quer em outro internamento.

A família, essencial neste processo, assumia também duas modalidades de envolvimento: sempre que era presente e participava ativamente no acompanhamento do idoso, sendo recetiva às recomendações efetuadas, contribuía para a promoção do autocuidado e facilitava o regresso deste a casa. Por outro lado, quando a família era ausente, por dificuldades pessoais, económicas ou sociais, o regresso do idoso ao domicílio estava dificultado, sendo referenciado para outra tipologia de resposta.

O autocuidado de ensino e apoio para a alta, extremamente importante como garantia da continuidade da construção do autocuidado, era efetuado de acordo com as necessidades identificadas. Contudo, este foi também um ponto fraco identificado, sendo reconhecido que relativamente à IU, carecia de melhorias. De salientar que esta atividade era particularmente difícil de ser realizada, quando não existia ou era menor o envolvimento da família no processo de construção do autocuidado.

As culturas individuais como o posicionamento, sentir e valorização da IU, regulavam os modos de ação. Também a cultura organizacional, através do modelo de cuidados adotado, das estruturas e recursos que compunham as unidades, interferiam na promoção do autocuidado, neste caso positivamente. Por outro lado, condições físicas, sociais, económicas e ambientais, condicionavam o processo de reabilitação do idoso, interferindo na preparação da alta. Como toda a atividade tem uma componente humana e uma componente cultural, também a preparação da alta estava nelas imbuída. A IU neste trabalho não foi considerada condicionadora do regresso a casa, quando estivessem reunidas as condições necessárias à continuidade dos cuidados. No entanto, uma maior dependência funcional e a inexistência das referidas condições, estavam associadas à referenciação para outras unidades de internamento.

Em jeito de síntese, ilustramos as conclusões encontradas (Figura n.º 13).

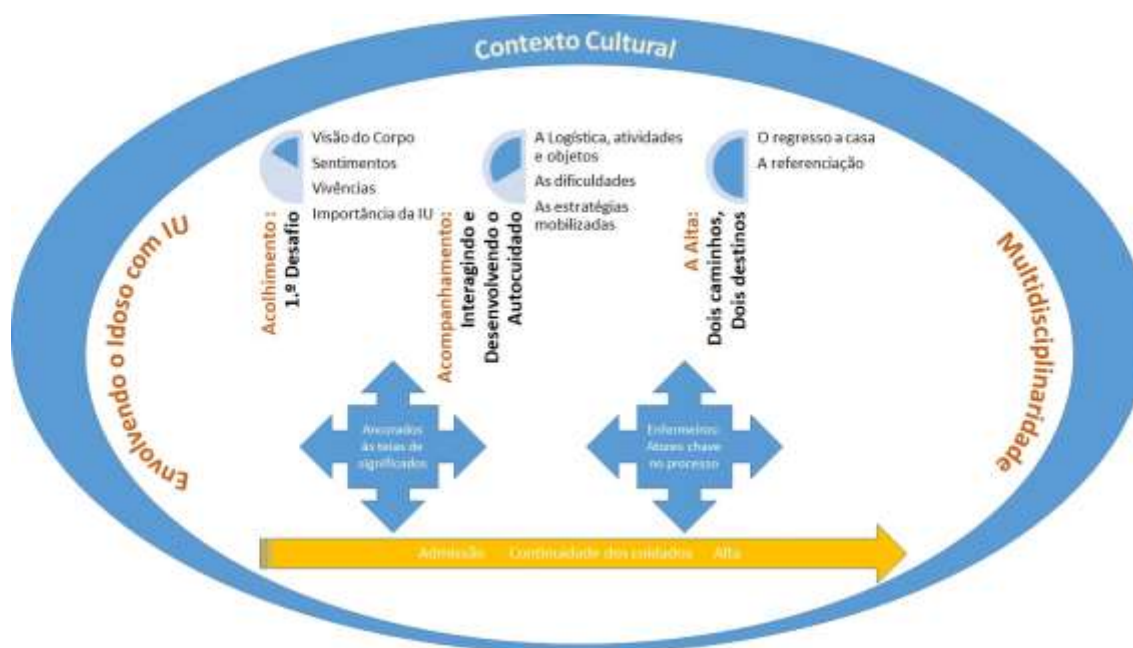


Figura n.º 13 – O contexto cultural da construção do processo de autocuidado aos idosos com IU

Durante o percurso etnográfico efetuado, que nos permitiu ilustrar as conclusões apresentadas, surgiram reflexões que nos conduziram à identificação de *sugestões*, enquanto contributo para a melhoria do autocuidado ao idoso com IU. Estas emergiram em torno de três dimensões:

1. A necessidade de promover o envolvimento da família nos cuidados;
2. Investimento organizacional ao nível dos recursos humanos;
3. Promoção da divulgação e desmistificação da IU.

Tal como o idoso, a família tem o direito a ser envolvida no processo de cuidados, respeitando sempre que para tal existam condições, desejos e expectativas (MS, 2006). Contudo, verificou-se que em grande parte dos casos, as famílias não constituíam parte ativa na construção do autocuidado ao idoso com IU. Por trás deste fenómeno estão muitas vezes questões de saúde, económicas e sociais, contudo, é hoje reconhecida a necessidade de investimento nos cuidados domiciliários proporcionando assim a manutenção dos idosos em casa o mais tempo possível. Para que tal se faça em condições e segurança, será necessário a mobilização de recursos comunitários, mas também a existência de um cuidador, maioritariamente encontrado no seio da família. As UC reúnem potencialidades para a promoção da reabilitação, contribuindo para o envelhecimento ativo e para o regresso a casa após situação de doença, mas a conjugação de fatores para que esta se torne cada vez mais uma realidade, passa pela necessidade de envolvimento da família. Assim sugerimos que as

UC façam uma aposta estratégica no autocuidado de ensino e apoio não só junto do utente, mas também das famílias. Tal estratégia deveria ter início logo no acolhimento, sendo monitorizadas as visitas efetuadas ao idoso e as ações desenvolvidas pelos profissionais junto deste e da família no intuito de envolvimento e estabelecimento de “acordos para o autocuidado”, tal como é sugerido por Orem (2001:315).

Encontrámos ainda o défice de formação específica relativamente aos cuidados a ter com o idoso com IU. Pelo cariz deste trabalho salientamos o encontrado o encontrado em termos das intervenções de enfermagem ao nível comportamental, no entanto devemos sublinhar que tal não se circunscrevia aos enfermeiros, sendo comum a outras categorias profissionais que ali operavam. As unidades proviam formação diretamente relacionada com os objetos como fraldas, produtos de higiene e proteção da pele, contudo a necessidade de formação em relação a intervenções específicas foi transversalmente referida. Nesta sequência salientamos a necessidade destas unidades *proporcionarem aos seus profissionais, condições para que possam efetuar formação contínua.*

Também a alta rotatividade, principalmente dos enfermeiros, interferia no processo de construção do autocuidado. Há muito que é conhecida a necessidade de permanência nos serviços para que à formação académica, se possa associar o conhecimento adquirido na prática. É na inter-relação entre estes saberes e na reflexão sobre o real, que o enfermeiro passa de iniciado a perito, tal como referido por Benner (2001). Sendo o tempo de permanência dos enfermeiros nestas unidades reduzido, pela saída ao fim de três, quatro, cinco anos em busca de melhores condições, torna-se difícil atingir a perícia. *Face à situação, recomendamos um esforço por parte das unidades para que sejam desenvolvidas estratégias de incentivo à fixação dos profissionais, por exemplo facilitando a formação e incentivos monetários.*

O silêncio e o tabu associado à vivência com IU, alicerçado em processos culturais vigentes, foi um constrangimento encontrado, com implicações não só nos cuidados como na própria vida pessoal e social dos idosos. Há muito que a área da saúde convive com situações semelhantes, tendo nos últimos anos sido efetuado um esforço de aproximação à comunidade, no intuito de desmistificar situações e atuar no sentido da promoção de hábitos saudáveis que promovam uma maior longevidade e para que esta seja vivida de forma saudável. Também a IU necessita deste investimento. Iniciando-se pela *divulgação e formação junto dos profissionais, pelo papel que têm junto dos utentes, passando em seguida para estes. A educação é primordial no caminho para a rotura com o silêncio com o estigma. Só através de uma cultura integradora e não estigmatizante, poderemos promover o autocuidado e assim contribuir para um envelhecimento bem-sucedido.*

Principais Contributos e Propostas Futuras

Chegados ao final, não poderíamos terminar sem apresentar uma síntese reflexiva sobre os principais contributos deste estudo acrescentando pistas que constituem a “porta aberta” para a continuidade do aprofundamento da temática da IU no idoso.

O estudo aqui apresentado procurou contribuir para a compreensão de uma realidade frequente e atual, efetuámos a sua divulgação em três publicações (Arco & Costa, 2017; Arco *et al.*, 2017 e Arco *et al.*, 2018). Entendemos no entanto que sobre este tema há muito ainda a aprofundar. Estudos recentes sobre a temática avançam a necessidade premente de investimento em termos de conhecimento e desenvolvimento de intervenções no âmbito da IU (Nazarko, 2015; 2017; Rocha & Redol, 2016; French *et al.*, 2017; Nyman, Forsman, Ostaszkievicz, Hommel & Eldh, 2017; Spencer, McManus & Sabourin, 2017; Arkan *et al.*, 2018; Artero-López *et al.*, 2018). Tal como os autores, também nós encontramos lacunas relacionadas com um cuidado, cuja intervenção por vezes não era completa, com interferência no processo de construção do autocuidado, que poderá vir a ter consequências em termos da segurança e da continuidade do mesmo. Pensamos que o “cuidado” em si é a pedra basilar, gravitando as condições de qualidade e segurança, a formação, a investigação e as políticas públicas em torno do mesmo, numa oscilação micro / macro como ilustramos em seguida (Figura n.º 14).

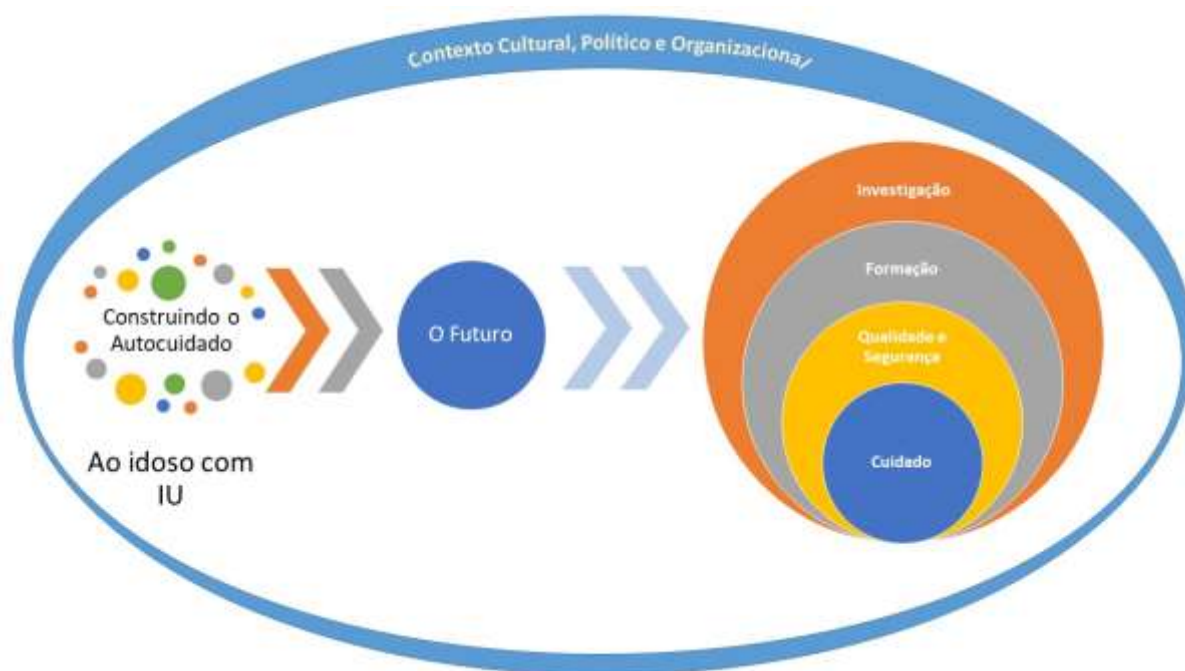


Figura n.º 14 – O contexto cultural político e organizacional da construção do autocuidado ao idoso com IU: O futuro

Relativamente ao *cuidado / qualidade e segurança*, tanto as conclusões deste estudo como o aludido por Arkan *et al.* (2018) e Artero-López *et al.* (2018) revelam a necessidade de investimento na área da IU, realçando a importância do ensino, enquanto garantia de qualidade dos cuidados e segurança da continuidade dos mesmos. Jones, Hamilton & Murry (2015), revelaram que os cuidados de enfermagem inacabados constituíam um problema significativo nos hospitais a nível internacional, onde por exemplo as estratégias de priorização deixavam os utentes mais vulneráveis, como por exemplo, não terem sido atendidas as necessidades de ensino. Também no contexto das UC, observámos o baixo investimento no autocuidado de ensino, tanto ao idoso como à família, constituindo uma situação presente, que corrobora o cuidado inacabado e coloca em risco a continuidade segura dos cuidados. Suhonen *et al.* (2018) ao relatarem as dificuldades associadas à priorização, focam o investimento crucial que é preciso ser feito na compreensão dos processos de cuidados no seio das organizações, pois só assim será possível determinar as necessidades educativas e o apoio concreto a efetuar. Procurámos contribuir para esta compreensão, no âmbito da construção do processo de autocuidado ao idoso com IU, tendo emergido conclusões que nos conduzem às necessidades de intervenção. Concluído que a IU não era considerada prioritária, contudo tinha repercussões físicas, psicológicas e sociais, interferindo ainda na evolução da reabilitação, será necessária para que no futuro os cuidados possam ter maior qualidade e consecutivamente os idosos tenham uma continuidade de cuidados mais segura, a aposta no autocuidado de ensino.

Acreditamos, contudo, que esta aposta terá que passar também pelo *cuidado / formação*. Cuidado, formação e experiência andam de mãos dadas, tal como inscrito no trabalho de Benner (2001) e Orem (2001). Costa (2006) corrobora esta perspetiva quando alude ao cuidado como a chave da formação em enfermagem, ao que nós acrescentamos, face aos achados deste trabalho, poder inclusive ser transponível a outras profissões. Desta forma, o investimento no conhecimento sobre a IU, sobre as intervenções e implicações que esta poderá ter a nível físico, psicológico, social e económico é primordial, face às lacunas de conhecimento que emergiram neste trabalho. De salientar ainda, que a temática deve integrar os currículos em diferentes níveis da formação em enfermagem. Não tendo sido objetivo desta tese a análise dos currículos, verificámos pelos diversos trabalhos consultados, que a temática da IU é abordada essencialmente em formação avançada ao nível da Reabilitação, ficando aquém por exemplo na área Comunitária. Face ao já produzido e referenciado como por exemplo Arkan *et al.* (2018) e Artero-López *et al.* (2018), a promoção do autocuidado de apoio e ensino no contexto da IU, entre outros, é essencial. Sendo atualmente um cuidado que não é considerado como prioritário,

e face às lacunas identificadas, seria importante a aposta na formação pós-graduada em várias áreas de atuação, desde aqueles mais dirigidos para a atuação em contexto hospitalar, até aos cuidados comunitários, não esquecendo o que em nosso entender é hoje estratégico, ao nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por outro lado, esta temática deverá ser alvo de atenção por parte dos departamentos de formação das organizações prestadoras de cuidados, não só no intuito da atualização, mas também enquanto processo facilitador e promotor da integração dos novos profissionais. Também a divulgação formativa em torno do modelo de cuidados subjacente à RNCCI é essencial, pelas potencialidades que o mesmo reúne.

Outra vertente de intervenção prende-se com o *cuidado / investigação*, porque acreditamos que cuidados, formação e investigação devem caminhar de “mãos dadas”. O percurso da enfermagem tem sido alicerçado na evolução dos cuidados, mas muito também, nas trajetórias académicas dos enfermeiros, onde a dialética teoria / prática que se conjugam numa cooperação aplicada, marcante de uma prática que é cada vez mais baseada na evidência científica. Estudos efetuados por enfermeiros transpuseram as fronteiras da academia, numa perspetiva de translação do conhecimento, que constitui hoje a base sustentada de intervenções efetuadas em contexto, visando a melhoria dos cuidados prestados ao idoso. Identificámos lacunas de formação e de cuidados relacionados com a IU, mas para que o desenvolvimento da formação e dos cuidados possa continuar a ser efetuado com sustentação científica, também a investigação deve partilhar este caminho. A necessidade de continuar a aprofundar o conhecimento sobre a IU é premente, até porque estudámos um processo que necessita ser aprofundado.

Emergem assim no horizonte próximo três linhas de investigação a aprofundar: uma relacionada com a *construção do processo de autocuidado ao idoso com IU em contextos de longa duração e na comunidade*, uma vez que as características destes idosos e também destes contextos são diferentes das abordadas neste trabalho. Associado a esta realidade, embora numa outra área de conhecimento mas que pensamos ser importante por constituir hoje um desafio à gestão de qualquer organização, seria importante conhecer *o impacto económico da IU nos diferentes contextos de cuidados*; outra linha relaciona-se com o *estudo da eficácia de intervenções de enfermagem especificamente dirigidas ao controlo da IU*, no âmbito das intervenções complexas; e por último, relacionada com a *construção do autocuidado em outras atividades de vida*. O que aqui avançamos é corroborado pelo membro da equipa da Comissão de Coordenação da RNCCI com quem debatemos os nossos resultados, tendo-nos sido dito que “nós precisamos de muito mais ciência, o autocuidado precisa de ser mais estudado, do ponto de

vista empírico está muito pouco estudado” (Coord_Rede).

Todos estes passos deverão ser acompanhados por políticas públicas oscilantes num nível macro / micro que ajudem não só a corporizar, como a expandir o que denominámos *cuidado / políticas*. A RNCCI, é hoje uma realidade que dá resposta a múltiplas situações de dependência, sendo os seus usuários maioritariamente idosos. Está sustentada num modelo organizacional e de cuidados, que na nossa perspetiva é inovador e com potencialidades de consolidação e desenvolvimento. No entanto, existem ameaças como a rotatividade de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, o que poderá colocar em causa a qualidade e segurança dos cuidados. O aprofundamento destes eixos, bem como o relacionado com dotações seguras não foram objetivo deste trabalho, no entanto emergiu a interferência da rotatividade destes profissionais na construção do autocuidado ao idoso com IU. Logo, pensamos ser primordial o investimento em termos de políticas públicas (macro) e organizacionais (micro) nos recursos humanos, proporcionando medidas que promovam a fixação como por exemplo remunerações equivalentes às auferidas nos cuidados de saúde primários e hospitais e ainda possibilidade de progressão na carreira. Também o investimento na divulgação, desmistificação e controlo da IU, deverá ser uma aposta por parte dos decisores. Rafferty (2018) diz que é essencial a participação da enfermagem nas políticas públicas e nas tomadas de decisão sobre os cuidados. Em Portugal, muitos foram os programas e projetos levados a cabo por diversos organismos, implementados no terreno por equipas multidisciplinares integradas por enfermeiros. Face às consequências da IU e ao crescente aumento do número de casos, será necessária a existência de políticas públicas que promovam a divulgação em massa (recurso a redes sociais, órgão de comunicação) e a educação para a saúde, começando por esclarecendo o que é a IU, como se pode atuar e onde se pode recorrer, numa lógica de quebra de tabus enraizados e da promoção de uma cultura integradora e não estigmatizante. A história da saúde e da enfermagem diz-nos que tal é possível, terá que existir vontade.

Bibliografia

- Abrams, P., Anderson, K., Brubaker, L., Cardozo, L., Cotteden, A., Denis, L., ... Wyndaele, J. (2005). *Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence*. 3rd International consultation on incontinence – International Consultation of Urologic Diseases (ICUD) / International Continence Society (ICS) / International Society of Urology (SIU) / The Major International Associations of Urology and Gynecology. Disponível em https://www.ics.org/publications/ici_3/v2.pdf/summary.pdf
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics*, 21, 167-178. doi: 10.1002/nau.10052
- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S. & Wein, A. (2013). *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence*. Paris, France: International Consultation of Urologic Diseases (ICUD) / European Association of Urology (EAU). Disponível em <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>
- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S. & Wein, A. (Eds.) (2009). *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence*. Paris, France: Editions 21. Disponível em <http://www.icud.info/PDFs/Incontinence.pdf>
- Abreu, H., Reiners, A., Azevedo, R., Silva, A. & Abreu, D. (2014). Urinary incontinence in the prediction of falls in hospitalized elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48 (5), 851-556. doi: 10.1590/S0080-6234201400005000011
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde [DRS] (2017). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1^o Semestre 2017*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa – Saúde / Serviço Nacional de Saúde / Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf
- Alligood, M. & Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7.^a edición). Barcelona, España: Elsevier.

- American Psychological Association (2013). Publication manual of the American Psychological Association (6th edition) [e-book]. Washington, DC, United States of America: American Psychological Association.
- Araújo, L., Ribeiro, O. & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2 (1), 1-11. Disponível em <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/63/58>
- Araújo, M., Martins, T., Carvalho, V., Marques, J. & Soares, F. (2013). O desenho de videojogos na motivação de pacientes com necessidades de reabilitação fisioterapêutica. In CONFIA: Conferência Internacional em Ilustração e Animação, *Conferência Internacional em Ilustração e Animação* (pp. 569-577). Barcelos, Portugal: Instituto Politécnico do Cávado e do Ave. Disponível em http://www.confia.ipca.pt/files/confia_2013_proceedings.pdf
- Arco, H. & Costa, M. (2017). A (in)corporação da vulnerabilidade: Contributos para uma reflexão em torno da corporeidade do idoso com incontinência. In Associação Portuguesa de Sociologia, *IX Congresso Português de Sociologia – Portugal: Território de territórios* [e-book] (pp.1-13). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Sociologia. Disponível em https://historico.aps.pt/ix_congresso/docs/final/COM0615.pdf
- Arco, H., Costa, A., Gomes, B., Anacleto, N., Silva, R. & Fonseca, S. (2018, outubro). Intervenções de enfermagem na dermatite associada à incontinência. *Enfermeria Global*, 52, 703-716. doi: 10.6018/eglobal.17.4.319491
- Arco, H., Costa, A., & Mestrinho, N. (2017, janeiro-março). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40.
- Arkan, G., Beser, A. & Oztuk, V. (2018, february). Experiences related to urinary incontinence of stroke patients: A qualitative descriptive study. *Journal of Neurocience Nursing*, 50 (1), 42-47. doi: 10.1097/JNN.0000000000000336
- Artero-López, C., Márquez-Hernández, V., Estevez-Morales, M. & Granados-Gámez, G. (2018, abril). Inertia in nursing care of hospitalised patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (7-8), 1488-1496. doi: 10.1111/jocn.14289

- Assembleia da República (2012). Lei n.º 52/2012 – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 172, 5119 - 5124.
- Assembleia da República (2016). Resolução da Assembleia da República n.º 131/2016 – Recomenda ao Governo a criação do estatuto do cuidador informal. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 136, 2293-2294.
- Associação Portuguesa de Urologia [APU] / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia [APNU] (2016). *Semana da incontinência urinária*. Disponível em https://apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2016/Dossier_da_Patologia_Inc_Urin_2016.pdf
- Associação Portuguesa de Urologia [APU] / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia [APNU] (2018). *Semana da incontinência urinária*. Disponível em http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2018/Dossier_Imprensa_Semana_Incontinencia_Urinaria.pdf
- Avery, J., Braunack-Mayer, A., Stocks, N., Taylor, A. & Duggan, P. (2013, july). Psychological perspectives in urinary incontinence: A metasynthesis. *OA Women's Health*, 1 (1), 1-10. doi: 10.13172/2053-0501-1-1-662
- Baadjies, R., Karrouze, I. & Rajpaul, K. (2014, november). Using no-rinse skin wipes to treat incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Nursing*, 23 (Supplement 20), S22-S28. doi: 10.12968/bjon.2014.23.Sup20.S22.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa)*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Berbiglia, V. & Banfield, B. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. In M. Alligood & A. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.ª edición) (pp.265-285). Barcelona, España: Elsevier.
- Berger, L. (1995). Saúde e envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas Idosas: Uma abordagem global* (pp. 107-121). Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Brink, P. (2013). Traditional ethnography. In C. Beck (Ed.), *International handbook of qualitative research* (pp. 203-212). Oxon, United Kingdom: Routledge.

- Brittain, K. & Shaw, C. (2007). The social consequences of living with and dealing with incontinence: A carer's perspective. *Social Science and Medicine*, 65 (6), 1274-1283. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.002
- Bussolo, M., Koetti, J. & Sinnott, E. (2015). *Golden aging: Prospects for healthy, active and prosperous aging in Europe and Central Asia*. Washington, DC, United States of America: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Disponível em <http://documents.worldbank.org/curated/pt/647461467997250805/pdf/97714-PUB-PUBLIC-Box391451B-9781464803536.pdf>
- Charalambous, S. & Trantafylidis, A. (2009). Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelviperrineology*, 28, 51-53. Disponível em http://pelviperrineology.org/june_2009/pdf/impact_of_urinary_incontinence_on_quality_of_life.pdf
- Chiarelli, P., Mackenzie, L. & Osmotherly, P. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: A systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55 (2), 89-95. doi: 10.1016/S0004-9514(09)70038-8
- Christiansen, B., Taasen, I., Hagstrøm, N., Hansen, K. & Norenberg, D. (2017). Collaborative learning at the boundaries: Hallmarks within a rehabilitation context. *Professions & Professionalism*, 7 (3), e2121 (1-15). doi: 10.7577/pp.2121
- Coelho, M. (2009). Avaliação urodinâmica na esclerose múltipla. *Acta Urológica*, 26 (3), 9-14. Disponível em <http://www.apurologia.pt/acta/3-2009/aval-uro-esc-mul.pdf>
- Coffey, A., McCarthy, G., McCormack, B., Wright, J. & Slater, P. (2007). Incontinence: Assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4 (4), 179-86. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00096.x
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.^a edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Correia, M. (2009, 2.º semestre). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf

- Correia, M. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Costa, A. (2006). *Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros* (2.^a edição). Coimbra, Portugal: Formasau / Educa.
- Costa, A. (Rel.), Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E., Regateiro, E., Elias, I., ... Ferreira, P. (2017, julho). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa – Saúde / Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Covill, C. & Hope, A. (2012, august). Practice development: Implementing a change of practice as a team. *British Journal of Community Nursing*, 17 (8), 378-383. doi: 10.12968/bjcn.2012.17.8.378
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., Valderrama-Gama, E. & Pedro-Cuesta, J. (2013). Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics*, 13 (6), 2-9. doi: 10.1186/1471-2318-13-6
- de la Cuesta-Benjumea, C. (1997, septiembre). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, XV (2), 13-24. Disponível em https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/02/De-la-Cuesta_Caracteristicas-de-la-InvestigacionEBEVIDENCIA.pdf
- de la Cuesta-Benjumea, C. & Arredondo-Gonzalez, C. (2005, julio- septiembre). Analizar cualitativamente: De las consideraciones generales al pensamiento reflexivo. *Index de Enfermería*, 24 (3), 154-158. doi: 10.4321/S1132-12962015000200008
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.) (2013). *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (2nd edition). Thousand Oaks, CA, United States of America: Sage Publications, Inc.
- Direção-Geral da Saúde – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2011, maio). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=20395>
- Donovan, J. & Bosch, R. (2002, july). Symptom and quality of life assessment. In P. Abrams, L. Cardozo & S. Khoury (Eds.), *Incontinence* (2nd edition) (pp. 519-584). Paris, France: International Consultation on Incontinence.
- Douglas, M. (1991). *Pureza e perigo: Ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Douma, L., Steverink, N., Hutter, I. & Meijering, L. (2017). Exploring subjective well-being in older age by using participant-generated word clouds. *The Gerontologist*, 57 (2), 229-239. doi: 10.1093/geront/gnv119
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: O papel do enfermeiro* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf
- Faria, C., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: Prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (1), 17-25. doi: 10.1590/S1809-98232014000100003
- Ferreira, V. (2013). Resgates sociológicos do corpo: Esboço de um percurso conceptual. *Análise Social*, 208, XLVIII (3.º), 493-528. Disponível em http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_208_a01.pdf
- Fialho, J., Silva, C. & Saragoça, J. (2017). *Diagnóstico social: Teoria, metodologia e casos práticos* (2.^a edição). Lisboa, Portugal: Edições Silabo, Lda.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Foley, A., Loharuka, S., Barrett, J., Mathews, R., Williams, K., McGrother, C. & Roe, B. (2012). Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age and Ageing*, 41 (1), 35-40. doi: 10.1093/ageing/afr125
- Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade*,

- necessidades de cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf
- Foster, L. & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55 (1), 83-90. doi: 10.1093/geront/gnu028
- French, B., Thomas, L., Harrison, J., Coupe, J., Roe, B., Booth, J., ... Hay-Smith, J. (2017, january). Client and clinical staff perceptions of barriers to and enablers of the uptake and delivery of behavioural interventions for urinary incontinence: Qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (1), 21–38. doi: 10.1111/jan.13083
- Fry, C. (2017). The social construction of age and the experience of aging in the late Twentieth Century. In H. Wahl, C. Tesch-Römer & A. Hoff (Eds.), *New dynamics in old age: Individual, environmental and societal perspectives* (pp. 11-24). London, United Kingdom: Routledge.
- Gemito, M. (2015, agosto). O quotidiano dos cuidadores informais de idosos. *RIASE: Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 1 (2), 132-144. doi: 10.24902/r.riase.2015.1(2).132
- Gil-Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos: Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona, España: PPU.
- Gomes, C. & Hisano, M. (2010). Anatomia e fisiologia da micção. In A. Júnior, M. Filho & R. Reis (Eds.), *Urologia fundamental* (pp. 239-250). São Paulo, Brasil: Planmark.
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Grawitz, M. (1984). *Méthodes des sciences sociales* (6.^a edição). Paris, France: Dalloz.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. São João do Estoril, Portugal: Princípia Editora.
- Hein, W., O'Donohoe, S. & Ryan, A. (2011). Mobile phones as an extension of the participant observer's self: Reflections on the emergent role of an emergent technology. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 14 (3), 258-273. doi: 10.1108/13522751111137497

- Heintz, P., DeMucha, C., Deguzman, M. & Softa, R. (2013). Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: A literature review. *Urologie Nursing*, 33 (6), 299-305. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24592523>
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf
- Herrera, J. (Ed.) (2007). *Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria* (3ª edición). Málaga, España: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Disponível em http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/222/22.%20GPC_402_Pacientes%20con%20incontinencia%20urinaria.01.07.pdf
- Hunter, K. & Wagg, A. (2018, august). Improving nurse engagement in continence care. *Nursing: Research and Reviews*, 8, 1-7. doi: 10.2147/NRR.S144356
- Im, E. (2011). Teoria de las transiciones. In M. Alligood & A. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7.ª edición) (pp. 416-433). Barcelona, España: Elsevier.
- Imamura, M., Williams, K., Wells, M. & McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, (CD003505). doi: 10.1002/14651858.CD003505.pub5
- Instituto da Segurança Social (2018, junho). *Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 – v4.21)*. Lisboa, Portugal: Instituto da Segurança Social, I.P. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017, março). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca

- de 40 anos. *Destaque: Projeções de população residente – 2015-2080*, 1-19. Disponível em https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y
- International Council of Nurses (2011). *Nurses and human rights: ICN position*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf
- Jones, T., Hamilton, P. & Murry, N. (2015, june). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
- Kupelian, V., Wei, J., O’Leary, M., Kusek, J., Litman, H., Link, C. & McKinlay, J. (2006, november). Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: The Boston Area Community Health (BACH) survey. *Archives of internal Medicine*, 166 (21), 2381-2387. doi:10.1001/archinte.166.21.2381
- Laver, K., George, S., Thomas, S., Deutsch, J. & Crotty, M. (2015, july). Virtual reality for stroke rehabilitation: An abridged version of a Cochrane review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51 (4), 497-506. Disponível em <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/%252BsEEdCenanTgbyZcZlfnPukp6IgRdT1ZGAYS7IHU%252B%252B1w5xfPhd73ZrmSn9bvZbP19xVmSUUav5BCFXKLqqECQ%253D%253D/R33Y2015N04A0497.pdf>
- Le Breton, D. (2006). *A sociologia do corpo*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative reserch methods in nursing*. New York, NY, United States of America: Grue & Strotton.
- Leininger, M. (1997, abril-junho). Enfermagem transcultural: Imperativo da enfermagem mundial. *Revista Enfermagem*, 10 (2), 32-36.
- Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. Leininger & M. McFarland, *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd edition) (pp. 1-41). Sudbury, United Kingdom: Jones and Bartlett Publishers.
- Lopes, H., Mateus, C. & Hernández-Quevedo, C. (2018, march). Ten years after the creation of the Portuguese national network for long-term care in 2006: Achievements and

- challenges. *Health Policy*, 122 (3), 210-216. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.001
- Lopes, M. (2013). Do corpo sujo / limpo à primazia do cuidado à pessoa idosa no hospital: Um desafio ao conhecimento de enfermagem. In M. Lopes (Org.), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 275-323). Loures, Portugal: Lusociência.
- Lorente, C. (2010). New concepts in epidemiology of lower urinary tract symptoms in men. *European Urology Supplements*, 9 (4), 477-481. doi: 10.1016/j.eursup.2010.04.004
- Lucas, M. (Chair), Bedretdinova, D., Bosch, J., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A., ... Pickard, R. (2014, abril). *Guidelines on urinary incontinence*. Arnhem, Holland: European Association of Urology. Disponível em https://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR.pdf
- Marques-Vieira, C., Amaral, T. & Pontífice-Sousa, P. (2016). Contributos para um envelhecimento ativo. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 525-534). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3a), 31-38. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x
- Mejía, S., Ryan, L., Gonzalez, R. & Smith, J. (2017, january). Successful aging as the intersection of individual resources, age, environment, and experiences of well-being in daily activities. *The Journals of Gerontology: Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 72 (2), 279-289. doi: 10.1093/geronb/gbw148
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000, september). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd edition). Thousand Oaks, CA, United States of America: Sage Publications.
- Ministério da Saúde [MS] (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 109, 3856-3865.
- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

- [MFSSESS] (2014). Portaria n.º 174/2014 – Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 174, 4865-4882.
- Moore, T. & Kelly, M. (2015). Continence care. In M. Kazer & K. Murphy (Eds.), *Nursing case studies on improving health-related quality of life in older adults* (pp. 329-340). New York, NY, United States of America: Springer Publishing Company.
- Moreira Jr., E., Neves, R., Neto, A., Duarte, F., Moreira, T., Lobo, C. & Glasser, D. (2013, december). A population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: Results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). *World Journal of Urology*, 31 (6), 1451-1458. doi: 10.1007/s00345-013-1057-8
- Morrison, A. & Levy, R. (2006, july-august). Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value in Health*, 9 (4), 272-274. doi: 10.1111/j.1524-4733.2006.00109.x
- Nakamura, E. (2011). O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: Uma reflexão antropológica. *Saúde e Sociedade*, 20 (1), 95-103. doi: 10.1590/S0104-12902011000100012
- Naughton, M., Donovan, J., Badia, X., Corcos, J., Gotoh, M., Kelleher, C., ... Shaw, C. (2004, january). Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology*. 126 (Supplement 1), S114-S123. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.059
- Nazarko, L. (2012a, october). Continence series, Part 1: Continence and aging. *British Journal of Healthcare Assistants*, 6 (10), 478-483. doi: 10.12968/bjha.2012.6.10.478
- Nazarko, L. (2012b, november). Continence series, Part 2: Long term conditions. *British Journal of Healthcare Assistants*, 6 (11), 534-539. doi: 10.12968/bjha.2012.6.11.534
- Nazarko, L. (2013, february). Urinary incontinence: Providing respectful, dignified care. *British Journal of Community Nursing*, 18 (2), 58-67. doi: 10.12968/bjcn.2013.18.2.58
- Nazarko, L. (2015, august). Use of continence pads to manage urinary incontinence in older

- people. *British Journal of Community Nursing*, 20 (8), 378-384. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.8.378
- Nazarko, L. (2017, january). Beyond the bladder: Holistic care for urinary incontinence. *Practice Nursing*, 22 (1), 662-666. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.1.662
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R. & Fracolli, L. (2008, setembro-outubro). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (5). doi: 10.1590/S0104-11692008000500020
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: A atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Departamento de Enfermagem ESS / IPS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nyman, M., Forsman, H., Ostaszkievicz, J., Hommel, A. & Eldh, A. (2017, november). Urinary incontinence and its management in patients aged 65 and older in orthopaedic care: What nursing and rehabilitation staff know and do. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (21-22), 3345-3353. doi: 10.1111/jocn.13686
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Saint Louis, MO, United States of America: Mosby.
- Pannick, S., Archer, S., Johnston, M., Beveridge, I., Long, S., Athanasiou, T. & Sevdalis, N. (2017, april). Translating concerns into action: A detailed qualitative evaluation of an interdisciplinary intervention on medical wards. *British Medical Journal Open*, 7 (4), e014401 (1-8). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014401
- Payne, D. (2015, may). Managing and preventing incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Community Nursing*, 20 (5), 231-233. Acedido em 2 de Maio de 2017. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.5.231
- Pereira, V., Santos, J., Correia, G. & Driusso, P. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33 (4), 182-187. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n4/a06v33n4.pdf>
- Periquito, C., Silva, P., Oliveira, P., Carneiro, C., Fernandes, A. & Costa, F. (2014). Revisão da medicação em idosos institucionalizados: Aplicação dos critérios Stopp e Start. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 6 (4), 211-220. Disponível em

<http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/20/15>

- Pordata (2018). *Esperança de vida à nascença: Total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+\(base+triénio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+(base+triénio+a+partir+de+2001)-418)
- QSR International (2017). *NVivo 11 Pro for Windows: Getting started guide* (version 11.4). Melbourne, Australia: QSR International. Disponível em <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.4.0/en-US/NVivo11-Getting-Started-Guide-Pro-edition.pdf>
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014, novembro-dezembro). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164. doi: 10.12707/RIV14081
- Rafferty, A. (2018, july). Nurses as change agents for a better future in health care: The politics of drift and dilution. *Health Economics, Policy and Law* 13, 475-491. doi: 10.1017/S1744133117000482
- Ray, M., Morris, E. & McFarland, M. (2013). Ethnonursing method of Dr. Madeleine Leininger. In C. Beck (Ed.), *International handbook of qualitative research* (pp. 213-229). Oxon, United Kingdom: Routledge.
- Regat-Bikoï, C., Vaugnat, H. & Morin, D. (2013). L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie: Est-ce vraiment une priorité por les infirmières? *Recherche en Soins Infirmiers*. 115, 59-67. doi: 10.3917/rsi.115.0059
- Reid, J. (2014). Managing urinary incontinence: Guidelines for community nurses. *Journal of Community Nursing*, 28 (6), 20-26. Disponível em <https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/12-2014-managing-urinary-incontinence-guidelines-for-community-nurses.pdf>
- Resende, J. (1999). A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: Disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais. *Fórum Sociológico*, 1 / 2, 9-40.
- Ribeiro, P. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Construção de uma teoria explicativa: Projecto integrado de vivência e cuidado co-criado* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica

- Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-20Patrícia%20Pontífice%20Sousa.pdf>
- Rocha, C. & Redol, F. (2016). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 271-279). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Rocha, F. & Gomes, C. (2010). Bexiga neurogênica. In A. Júnior, M. Filho & R. Reis (Eds.), *Urologia fundamental* (pp. 29-36). São Paulo, Brasil: Planmark.
- Rodrigues, N. & Neri, A. (2012, agosto). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8): 2129-2139. doi: 10.1590/S1413-81232012000800023
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Royal College of Nursing (2012). *Human rights and nursing: RCN position statement*. London, United Kingdom: Royal College of Nursing. Disponível em <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2012/may/pub-004249.pdf>
- Sánchez-Rueda, G. (1999). Dorothea E. Orem: Aproximación a su teoría. *Revista ROL de Enfermería*, 22 (4), 309-311. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/12785242_Dorothea_E_Orem_thoughts_on_her_theory
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., ... Thüroff, J. (2009). Orientações sobre incontinência urinária. *Associação Portuguesa de Urologia* (Guidelines), 140-151. Disponível em <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinaria.pdf>
- Sidani, S. (2011). Self-care. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of science* (2nd edition) (pp. 79-130). Boston, MA, United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Silverman, D. (1998). *Harvey Sacks: Social science and conversation analysis*. New York, NY, United States of America: Oxford University Press.
- Smith, J., Braunack-Mayer, A., Wittert, G. & Warin, M. (2007, december). “I’ve been

- independent for so damn long!": Independence, masculinity and aging in a help seeking context. *Journal of Aging Studies*, 21 (4), 325-335. doi: 10.1016/j.jaging.2007.05.004
- Smithson, J. (2008). Focus groups. In P. Alasuutari, L. Bickman & J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods* (pp. 356-371). Los Angeles, CA, United States of America: SAGE Publications.
- Spencer, M., McManus, K. & Sabourin, J. (2017, march). Incontinence in older adults: The role of the geriatric multidisciplinary team. *British Columbia Medical Journal*, 59 (2), 99-105. Disponível em <https://www.bcmj.org/articles/incontinence-older-adults-role-geriatric-multidisciplinary-team>
- Spiers, J. (2005). A concept analysis of vulnerability. In J. Cutcliffe & H. McKenna (Eds.), *The essential concepts of nursing: Building Blocks for Practice* (pp. 331-348). London, United Kingdom: Elsevier.
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York, NY, United States of America: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York, NY, United States of America: Holt, Rinehart and Winston.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In S. Hoeman (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 351-385). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2.^a edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sugama, J., Sanada, H., Shigeta, Y., Nakagami, G. & Konya, C. (2012). Efficacy of an improved absorbent pad on incontinence-associated dermatitis in older women: Cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 12 (22), 1-7. doi: 10.1186/1471-2318-12-22
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., ... Scott, A. (2018, august). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25-42. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006

- Tähtinen, R., Cartwright, R., Tsui, J., Aaltonen, R., Aoki, Y., Cárdenas, J., ... Tikkinen, K. (2016, july). Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *European Urology*, 70 (1), 148-158. doi: 10.1016/j.eururo.2016.01.037
- Teunissen, D., Van Den Bosch, W., Van Weel, C. & Lagro-Janssen, T. (2006, september). “It can always happen”: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24 (3), 166-173. doi: 10.1080/02813430600739371
- Troko, J., Bach, F. & Tooze-Hobson, P. (2016, december). Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas*, 94, 110-116. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.006
- United Nations (1993, august). *Resolutions and decisions adopted by the General Assembly during its Forty-seventh Session (Volume I: 15 September – 23 December 1992)*. New York, NY, United States of America: United Nations. Disponível em [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=a/47/49\(Vol.I\)](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=a/47/49(Vol.I))
- Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G. & Aguiar, A. (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência Urinária: Um estudo de revisão integrativa. *Estima*, 14 (1), 43-49. doi: 10.5327/Z1806-3144201600010007
- Vila, V. & Rossi, L. (2002, março-abril). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "Muito falado e pouco vivido". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 137-144. doi: 10.1590/S0104-11692002000200003
- Vitor, A., Lopes, M. & Araujo, T. (2010, julho-setembro). Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (3), 611-616. doi: 10.1590/S1414-81452010000300025
- Wagg, A., Chen, L., Kirschner-Hermanns, R., Kuchel, G., Johnson, T., Ostaszkievicz, J., ... Szonyi, G. (2013). Incontinence in the frail elderly. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein (2013). *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence* (pp. 1003-1099). Paris, France: International Consultation of Urologic Diseases (ICUD) / European Association of Urology (EAU). Disponível em

<http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>

- Whitehead, T. (2005, july). *Classical ethnographic research methods: Secondary data analysis, fieldwork, observation/participant observation, and informal and semi-structured interviewing*. Maryland, MD, United States of America: Cultural ecology of health and change (CEHC). Disponível em <http://www.cusag.umd.edu/documents/workingpapers/classicalethnomethods.pdf>
- WOCN Continence Committee 2008-2009, WOCN Professional Practice Committee 2008-2009, Kupsick, P., Lawrence, K. & Sadler, B. (2009, may). *Role of the wound ostomy continence nurse or continence care nurse in continence care*. Mount Laurel, NJ, United States of America: WOCN National Office. Disponível em https://cdn.ymaws.com/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Role_of_the_WOC_Nurse_or_Con.pdf
- Woodward, S. (2014). Managing urinary incontinence after stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10, (Supplement 2), 25-31. doi: 10.12968/bjnn.2014.10.Sup2.25
- World Health Organization [WHO] (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization [WHO] (2015a). World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO] (2015b). *Draft 1: Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em <http://who.int/ageing/ageing-global-strategy-draft1-en.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
- Zulkowski, K. (2012, may). Diagnosing and treating moisture-associated skin damage. *Advances in Skin & Wound Care*, 25 (5), 231-236. doi: 10.1097/01.ASW.0000414707.33267.92

Índice remissivo de autores

A

- Abrams, Anderson, Brubaker, Cardozo, Cotteden, Denis, ... Wyndaele (2005) – 32, 49, 50
- Abrams, Cardozo, Fall, Griffiths, Rosier, Ulmsten, ... Wein (2002) – 32, 49, 50
- Abrams, Cardozo, Khoury & Wein (2009) – 49
- Abrams, Cardozo, Khoury & Wein (2013) – 25, 69, 70, 73, 133, 151, 189, 199
- Abreu, Reiners, Azevedo, Silva & Abreu (2014) – 154
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] – Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde [DRS] (2017) – 108, 115, 116, 199
- Alligood & Tomey (2011) – 61
- American Psychological Association (2013) – 34
- Araújo, Martins, Carvalho, Marques & Soares (2013) – 145
- Araújo, Ribeiro & Paúl (2016) – 39, 41
- Arco & Costa (2017) – 200, 212
- Arco, Costa & Mestrinho (2017) – 58, 154, 212
- Arco, Costa, Gomes, Anacleto, Silva & Fonseca (2018) – 58, 212
- Arkan, Beser & Oztuk (2018) – 159, 176, 184, 188, 189, 192, 212, 213
- Artero-López, Márquez-Hernández, Estevez-Morales & Granados-Gámez (2018) – 67, 68, 132, 212, 213
- Assembleia da República (2012) – 109
- Assembleia da República (2016) – 67
- Associação Portuguesa de Urologia [APU] / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia [APNU] (2016) – 25, 32, 45, 49, 50, 199
- Associação Portuguesa de Urologia [APU] / Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia [APNU] (2018) – 199
- Avery, Braunack-Mayer, Stocks, Taylor & Duggan (2013) – 55, 56, 57, 58, 123, 125, 126, 128, 130, 131, 184

B

- Baadjies, Karrouze & Rajpaul (2014) – 67, 68
- Benner (2001) – 157, 211, 213
- Berbiglia & Banfield (2011) – 28, 61, 63, 64, 66
- Berger (1995) – 42

Bogdan & Biklen (1994) – 99

Brink (2013) – 80, 84, 88, 92, 93, 97, 101, 199

Brittain & Shaw (2007) – 55, 119, 184

Bussolo, Koetti & Sinnott (2015) – 43

C

- Charalambous & Trantafylidis (2009) – 55, 57, 58, 128, 130, 184
- Chiarelli, Mackenzie & Osmotherly (2009) – 49
- Christiansen, Taasen, Hagstrøm, Hansen & Norenberg (2017) – 80, 94, 167
- Coelho (2009) – 47
- Coffey, McCarthy, McCormack, Wright & Slater (2007) – 147, 159
- Collière (1989) – 169
- Collière (2003) – 169
- Correia (2009) – 90
- Correia (2012) – 84
- Costa (2006) – 23, 80, 82, 83, 88, 89, 107, 112, 203, 213
- Costa, Ribeiro, Varela, Alves, Regateiro, Elias, ... Ferreira (2017) – 27, 32, 39, 41, 43, 199
- Covill & Hope (2012) – 195

D

- Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama & Pedro-Cuesta (2013) – 154
- de la Cuesta-Benjumea & Arredondo-Gonzalez (2005) – 92
- de la Cuesta-Benjumea (1997) – 87, 95
- Denzin & Lincoln (2013) – 79
- Direção-Geral da Saúde – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006) – 38
- Direção-Geral da Saúde (2011) – 165
- Donovan & Bosch (2002) – 71, 147
- Douglas (1991) – 54, 57, 123, 202
- Douma, Steverink, Hutter & Meijering (2017) – 39
- Duarte (2010) – 110,

F

- Faria, Menezes, Rodrigues, Ferreira & Bolsas (2014) – 55, 56, 57, 58, 128, 130
- Ferreira (2013) – 54, 125, 130

Fialho, Silva & Saragoça (2017) – 195

Flick (2005) – 79, 87, 92, 93, 94

Foley, Loharuka, Barrett, Mathews, Williams, McGrother & Roe (2012) – 27, 45, 55

Fonseca (2014) – 41, 42

Foster & Walker (2014) – 39, 41

French, Thomas, Harrison, Coupe, Roe, Booth, ... Hay-Smith (2017) – 70, 80, 132, 189, 212

Fry (2017) – 39

G

Gemito (2015) – 186

Gil-Flores (1994) – 99

Gomes & Hisano (2010) – 46

Gottlieb (2016) – 172

Grawitz (1984) – 99

Guerra (2006) – 95, 97

H

Hein, O'Donohoe & Ryan (2011) – 89

Heintz, DeMucha, Deguzman & Softa (2013) – 55, 57, 59, 123

Henriques (2011) – 154

Herrera (2007) – 25, 69, 189

Hunter & Wagg (2018) – 192

I

Im (2011) – 66

Imamura, Williams, Wells & McGrother (2015) – 70, 74, 143, 189

Instituto da Segurança Social (2018) – 67, 109

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016) – 25, 55, 199

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017) – 27, 39

International Council of Nurses (2011) – 102

J

Jones, Hamilton & Murry (2015) – 213

K

Kupelian, Wei, O'Leary, Kusek, Litman, Link & McKinlay (2006) – 47, 48

L

Laver, George, Thomas, Deutsch & Crotty (2015) – 145

Le Breton (2006) – 28, 54, 57, 123, 202

Leininger (1985) – 80, 136

Leininger (1997) – 32, 65, 136, 202

Leininger (2006) – 32, 33, 65, 81, 88, 90, 98, 101, 110, 199, 202

Lopes (2013) – 54, 124, 126, 130, 169, 173, 174, 203

Lopes, Mateus & Hernández-Quevedo (2018) – 116

Lorente (2010) – 47, 48

Lucas, Bedretdinova, Bosch, Burkhard, Cruz, Nambiar, ... Pickard (2014) – 32, 49, 50

M

Marques-Vieira, Amaral & Pontífice-Sousa (2016) – 29, 39, 40, 42

McCormack (2004) – 67

Mejía, Ryan, Gonzalez & Smith (2017) – 39

Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) – 32, 66

Miles & Huberman (1994) – 99

Ministério da Saúde [MS] (2006) – 27, 43, 85, 108, 123, 137, 210

Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social [MFSSESS] (2014) – 85, 109, 112

Moore & Kelly (2015) – 55, 58, 119, 130

Moreira Jr., Neves, Neto, Duarte, Moreira, Lobo & Glasser (2013) – 47

Morrison & Levy (2006) – 59, 183

N

Nakamura (2011) – 80

Naughton, Donovan, Badia, Corcos, Gotoh, Kelleher, ... Shaw (2004) – 71, 147

Nazarko (2012a) – 25, 48, 69, 70, 73, 151, 189

Nazarko (2012b) – 25, 67, 69, 70, 73, 133, 151, 189

Nazarko (2013) – 25, 69, 70, 73, 189

Nazarko (2015) – 25, 69, 70, 73, 143, 151, 189, 212

Nazarko (2017) – 25, 69, 70, 72, 73, 136, 160, 189, 203, 212

Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fraccolli (2008) – 53

Nunes (2013) – 102

Nyman, Forsman, Ostaszewicz, Hommel & Eldh (2017) – 70, 132, 133, 159, 189, 212

O

Orem (2001) – 28, 32, 62, 63, 64, 65, 105, 110, 136, 150, 158, 174, 193, 202, 211, 213

P

Pannick, Archer, Johnston, Beveridge, Long, Athanasiou & Sevdalis (2017) – 94

Payne (2015) – 143

Pereira, Santos, Correia & Driusso (2011) – 71, 147

Periquito, Silva, Oliveira, Carneiro, Fernandes & Costa (2014) – 154

Pordata (2018) – 39

Q

QSR International (2017) – 98, 99

Queirós, Vidinha & Filho (2014) – 61, 63, 66

R

Rafferty (2018) – 215

Ray, Morris & McFarland (2013) – 81, 88, 93, 97, 98, 101, 199,

Regat-Bikoï, Vaugnat & Morin (2013) – 67, 68, 69, 132, 133

Reid (2014) – 67, 68, 70, 71, 73, 147, 151, 189, 199

Resende (1999) – 54, 125, 130

Ribeiro (2012) – 80, 89, 110

Rocha & Gomes (2010) – 46

Rocha & Redol (2016) – 68, 69, 70, 72, 137, 148, 189, 199, 203, 212

Rodrigues & Neri (2012) – 53

Rodrigues (2018) – 3, 35, 84

Royal College of Nursing (2012) – 102

S

Sánchez-Rueda (1999) – 63, 66

Schröder, Abrams, Andersson, Artibani, Chapple, Drake, ... Thüroff (2009) – 71, 147

Sidani (2011) – 65

Silverman (1998) – 194

Smith, Braunack-Mayer, Wittert & Warin (2007) –

119

Smithson (2008) – 94

Spencer, McManus & Sabourin (2017) – 25, 72, 120, 136, 159, 160, 169, 197, 203, 212

Spiers (2005) – 53

Spradley (1979) – 88, 89, 92

Spradley (1980) – 33, 77, 80, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 107, 136, 199

Stevens (2011) – 45, 46, 47, 48, 50, 69, 70, 71, 72, 137, 147, 148, 189, 203

Streubert & Carpenter (2002) – 79, 80, 81, 83, 87, 88, 92, 101, 102, 199

Sugama, Sanada, Shigeta, Nakagami & Konya (2012) – 142

Suhonen, Stolt, Habermann, Hjaltadottir, Vryonides, Tonnessen, ... Scott (2018) – 213

T

Tähtinen, Cartwright, Tsui, Aaltonen, Aoki, Cárdenas, ... Tikkinen (2016) – 47

Teunissen, Van Den Bosch, Van Weel & Lagro-Janssen (2006) – 55, 57, 119

Troko, Bach & Tooze-Hobson (2016) – 27, 45, 47, 48

U

United Nations (1993) – 37

V

Valença, Albuquerque, Rocha & Aguiar (2016) – 73, 176

Vila & Rossi (2002) – 80

Vitor, Lopes & Araujo (2010) – 61, 64

W

Wagg, Chen, Kirschner-Hermanns, Kuchel, Johnson, Ostaszewicz, ... Szonyi (2013) – 56, 70, 73, 151, 189, 192

Whitehead (2005) – 84, 136

WOCN Continence Committee 2008-2009, WOCN Professional Practice Committee 2008-2009, Kupsick, Lawrence & Sadler (2009) – 25, 27, 69, 70, 199

Woodward (2014) – 70, 71, 147, 189, 199

World Health Organization [WHO] (2002) – 39

World Health Organization [WHO] (2015a) – 32,

38, 39, 127, 199

World Health Organization [WHO] (2015b) – 32,
40, 43, 127, 199

World Health Organization [WHO] (2017) – 44

Z

Zulkowski (2012) – 58

Apêndices

Apêndice I – Guião de observação inicial

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO INICIAL

Temas	Focalização geral	Focos de observação
<p>Dimensão 1 – Modos de ação</p> <p>Objetivo 1 – Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à construção do autocuidado no idoso com incontinência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço (o lugar) • Logística global dos cuidados • Atores (pessoas envolvidas) • Atividades (Atos realizados) • Objetos (Os artefactos) • Acontecimentos (Sequência de atividades) • Tempos (Sequência temporal) • Finalidades (o que os atores tentam levar a cabo) • Os Sentimentos (Emoções sentidas e expressas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização e prioridades dos cuidados ao idoso com IU (Pré – programação das atividades) • Acolhimento/admissão do idoso com IU/família • Interação/comunicação com o idoso/família • Interação/comunicação na equipa multidisciplinar • Cuidados de higiene, conforto e eliminação • Procedimentos específicos (ex. treino de eliminação) • Registos e passagem de ocorrências • Alta e referenciação (Preparação, ensino, apoio, etc.) • Envolvimento da família nos cuidados e preparação da alta/referenciação
<p>Dimensão 2 – Valores simbólicos e culturais</p> <p>Objetivo 2 – Compreender os valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro/idoso/família/outras técnicas com vista à promoção do autocuidado.</p>		
<p>Dimensão 3 – Participação do idoso e família no processo de cuidados</p> <p>Objetivo 3 – Compreender o modo de participação do idoso e família na construção do processo de cuidados.</p>		

Apêndice II – Guião de observação focalizada

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO FOCALIZADA

Temas	Focalização geral	Focos de observação
<p>Dimensão 1 – Modos de ação na construção do autocuidado</p> <p>Objetivo 1.1 – Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à construção do autocuidado no idoso com incontinência, tendo em conta as interações estabelecidas e as ações desenvolvidas</p> <p>Objetivo 1.2 – Compreender o modo de ação/participação do idoso na construção do processo de autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço (o lugar) • Logística global dos cuidados • Atores (pessoas envolvidas) • Atividades (Atos realizados) • Objetos (Os artefactos) • Acontecimentos (Sequência de atividades) • Tempos (Sequência temporal) • Finalidades (o que os atores tentam levar a cabo) • Os Sentimentos (Emoções sentidas e expressas) 	<p>Acolhimento / admissão do idoso com IU / família, Organização e prioridades dos cuidados ao idoso com IU (Pré-programação das atividades)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é acolhido o idoso e família? Onde? • Quem são os atores (técnicos) envolvidos? • Que procedimentos são efetuados e quais as finalidades? • Que objetos/documentos são mobilizados? • Quem participa na elaboração do plano de intervenção do idoso? • Qual a participação do idoso nesta etapa? <p>Interação / comunicação com o idoso/família durante o processo de construção do autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que necessidades são manifestadas pelo idoso relativamente ao autocuidado na eliminação vesical? Em que contextos são manifestadas? • Que solicitações são feitas pelo idoso? Quais os profissionais envolvidos? • Como se manifestam os idosos relativamente à incontinência? (Objetivamente, subjetivamente, pedido de ajuda, apresentação de dúvidas, receios, outros) • Como se manifestam os

		<p>profissionais relativamente ao corpo incontinente? (Objetivamente, subjetivamente, apresentação de dúvidas, receios, outros)</p> <p>Interação / cuidados de higiene e conforto com vista à construção do autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se manifesta o idoso relativamente aos cuidados de higiene e eliminação? • Em que espaço acontecem esses cuidados? • Qual a logística (atores, objetos, atos realizados, sequência e tempos)? • Que sentimentos, emoções são manifestadas pelo idoso e profissionais envolvidos nos cuidados? • Em que situações manifestam agrado ou desagrado? • Como reagem os idosos à presença dos profissionais perante os cuidados ao corpo e um cuidado tão íntimo? • Este cuidado é diferente quando os utentes são idosos e têm IU? E quando são idosos vulneráveis? • Como se promove o autocuidado? Como é envolvido o idoso? <p>Procedimentos específicos / ações (exemplo: treino de hábitos/vesical)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que estratégias de ação / procedimentos são efetuados para a promoção do autocuidado na eliminação vesical? • Quem é envolvido neste processo (equipa multidisciplinar)? • Quem decide/lidera o processo?
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Como é construída a interação enfermeiro/idoso com IU? Como procuram saber os enfermeiros as preferências dos idosos (escuta, diálogo, estratégias)? • Que dificuldades sentem os diversos atores durante o processo de cuidados e que estratégias/recursos pessoais e contextuais são mobilizados? • Como são organizados os cuidados ao longo do dia? Quem lidera os cuidados para a promoção da continência (enfermeiro / idoso [Horário de esvaziamento / treino de hábitos])? • Os idosos com IU são estimulados a expressar as suas preferências e a colaborar? Por quem? • São valorizadas as preferências ou pedidos dos idosos? • Em que espaço ocorrem estes cuidados? • Qual a logística (atores, objetos, atos realizados, sequência e tempos)? • Como se diferenciam as ações desenvolvidas pelos enfermeiros em relação com os outros profissionais? • Como são avaliadas as ações desenvolvidas? • Que sentimentos, emoções são manifestadas pelo idoso e profissionais envolvidos nos cuidados? <p>Registos e passagem de ocorrências</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como e onde são elaborados os registos relativos à atividade de vida eliminação? • Quem faz este registo e com que periodicidade? • A atividade de vida eliminação é
--	--	--

		<p>referenciada na passagem de ocorrências e nas reuniões de equipa? Que especificidades são referidas?</p> <p>Alta e referenciação (Preparação, ensino, apoio, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é preparada a alta do idoso com incontinência? • O facto da incontinência estar presente, influencia a referenciação do idoso? • Como se diferenciam as ações de cada técnico?
<p>Dimensão 2 – Modos de participação/envolvimento da família no processo de cuidados</p> <p>Objetivo 2 – Compreender o modo de ação/envolvimento da família na construção do processo de autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço (o lugar) • Logística global dos cuidados • Atores (pessoas envolvidas) • Atividades (Atos realizados) • Objetos (Os artefactos) • Acontecimentos (Sequência de atividades) • Tempos (Sequência temporal) • Finalidades (o que os atores tentam levar a cabo) • Os Sentimentos (Emoções sentidas e expressas) 	<p>Participação / envolvimento da família no processo de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual a participação da família no acolhimento / admissão, na organização e programação das atividades? • Que solicitações são feitas pelas famílias? Quais os profissionais envolvidos? • Como se manifestam as famílias relativamente à incontinência? (Objetivamente, subjetivamente, sentimentos, pedido de ajuda, apresentação de dúvidas, receios, outros) • Como é envolvida a família durante o processo de cuidados? É envolvida na promoção do autocuidado? Como (Ensino, folhetos, reuniões, etc.)? • Em que situações manifestam agrado ou desagrado? • Qual o envolvimento / participação da família na preparação da alta / referenciação? • Como é desenvolvido este

		<p>envolvimento da família? Que profissionais estão presentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se diferenciam as ações de cada um?
<p>Dimensão 3 – Valores simbólicos, culturais e organizacionais</p> <p>Objetivo 3.1 – Compreender os valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro/idoso/família/outros técnicos com vista à promoção do autocuidado</p> <p>Objetivo 3.2 – Compreender os valores e cultura organizacional subjacentes à interação enfermeiro / idoso / família / outros técnicos com vista à promoção do autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço (o lugar) • Logística global dos cuidados • Atores (pessoas envolvidas) • Atividades (Atos realizados) • Objetos (Os artefactos) • Acontecimentos (Sequência de atividades) • Tempos (Sequência temporal) • Finalidades (o que os atores tentam levar a cabo) • Os Sentimentos (Emoções sentidas e expressas) 	<p>Valores simbólicos e culturais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como são compreendidos por parte dos enfermeiros e outros profissionais os valores, e hábitos dos idosos com IU? • Que aspetos culturais são envolvidos nos cuidados ao idoso com IU? • Que regulação simbólica do controlo social está presente? (roupa, outros objetos) • Que valores simbólicos e profissionais estão presentes no cuidado ao idoso com IU? • Os profissionais apresentam dúvidas acerca destes cuidados? Partilham conhecimentos entre si? <p>Cultura e valores organizacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que aspetos da cultura organizacional influenciam a interação estabelecida entre Idoso com IU/técnicos e família? • Há preocupação em adaptar o ambiente físico da unidade quando se prestam cuidados ao idoso com IU? • Que método de trabalho é utilizado pelos enfermeiros? É facilitador da proximidade com o idoso? • Os cuidados são desenvolvidos de forma personalizada? • O sistema de gestão de cuidados é potenciador da promoção do autocuidado no idoso com IU?

Apêndice III – Guião de entrevista: Profissionais

GUIÃO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS

Temas	Questões principais	Questões secundárias / Anotações
<p>Dimensão 1 – Conceito / significado de incontinência</p> <p>Objetivo 1 – Identificar o significado que os diferentes técnicos têm do corpo incontinente e dos cuidados ao mesmo.</p>	<p>IU no idoso / significado</p> <p>P.1 - Que importância é atribuída à IU no idoso em contexto de convalescença?</p>	<p>P.1.1 - Como vêm o corpo incontinente os diferentes técnicos, que conceitos têm?</p> <p>P.1.2 - Como se refeririam a este corpo incontinente?</p> <p>P.1.3 - A incontinência influencia o modo de olhar e “sentir” o corpo da pessoa?</p>
<p>Dimensão 2 – Modos de ação na construção do autocuidado</p> <p>Objetivo 2.1 – Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à construção do autocuidado no idoso com incontinência, tendo em conta as interações estabelecidas e as ações desenvolvidas.</p> <p>Objetivo 2.2 – Compreender o modo de ação/participação do idoso na construção do processo de autocuidado.</p>	<p>IU e modos de ação</p> <p>P.2 - Que relação é estabelecida entre a IU e o processo de reabilitação?</p> <p>Acolhimento / admissão do idoso com IU / família, organização e prioridades dos cuidados ao idoso com IU (Pré-programação das atividades)</p> <p>P.3 - Como é diagnosticada a IU aquando do acolhimento?</p> <p>P.4 - Qual a participação do idoso nesta etapa?</p>	<p>P.3.1 - Quais as principais preocupações subjacentes aos diferentes modos de ação na elaboração do PII?</p> <p>P.3.2 - Quais são as prioridades que define para o cuidar do corpo do corpo com IU?</p> <p>P.3.3 - Essas prioridades são definidas tendo em conta que aspetos?</p> <p>P.3.4 - As prioridades variam muito entre os doentes ou são norteadas por princípios (ideias) semelhantes?</p>

	Interação/comunicação com o idoso/família durante o processo de construção do autocuidado	
	P.5 - Que necessidades / solicitações são manifestadas pelo idoso relativamente ao autocuidado na eliminação vesical? Em que contextos são manifestadas?	<ul style="list-style-type: none">• Caracterização das práticas dos diferentes profissionais / estratégias mobilizadas nos quotidianos
	P.6 - Como se manifestam os idosos relativamente à incontinência?	<ul style="list-style-type: none">• Pedir exemplos
	Interação / cuidados de higiene e conforto com vista à construção do autocuidado	
	P.7 - Como se manifesta o idoso relativamente aos cuidados de higiene e eliminação?	<p>P.7.1 - Como reagem os idosos à presença dos profissionais perante os cuidados ao corpo e um cuidado tão íntimo?</p> <ul style="list-style-type: none">• Objetivamente, subjetivamente, pedido de ajuda, apresentação de dúvidas, receios, outros
	Procedimentos específicos / ações (exemplo: treino de eliminação)	
	P.8 - Que práticas executa no seu dia-a-dia para a promoção do autocuidado na eliminação e da continência vesical?	<p>P.8.1 - Quem lidera os cuidados para a promoção da continência? (Horário de esvaziamento/treino de hábitos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Caracterização das práticas dos diferentes profissionais / estratégias mobilizadas e articulação nos quotidianos• Pedir exemplos
	P.9 - Como é envolvido o idoso na promoção do autocuidado?	
	P.10 - Que dificuldades sentem durante o processo de cuidados e que estratégias são mobilizadas?	

	<p>P.11 - Como são organizados os cuidados ao longo do dia?</p> <p>Registos e passagem de ocorrências</p> <p>P.12 - Como e onde são elaborados os registos relativos à atividade de vida eliminação?</p> <p>Alta e referenciação (Preparação, ensino, apoio, etc.)</p> <p>P.13 - Como é preparada a alta do idoso com incontinência?</p>	<p>P.12.1 - O que costuma registar objetivamente sobre os cuidados aos doentes em IU?</p> <p>P.13.1 - O facto da incontinência estar presente, influencia a referenciação do idoso / alta para o domicílio?</p>
<p>Dimensão 3 – Modos de ação/envolvimento da família no processo de cuidados</p> <p>Objetivo 3 – Compreender o modo de ação / envolvimento da família na construção do processo de autocuidado.</p>	<p>Participação / envolvimento da família no processo de cuidados</p> <p>P.14 - Como se manifestam as famílias relativamente à incontinência?</p> <p>P.15 - Como é envolvida a família durante o processo de cuidados?</p>	<p>• Objetivamente, subjetivamente, sentimentos, pedido de ajuda, apresentação de dúvidas, receios, outros</p> <p>P.15.1 - É envolvida na promoção do autocuidado? Como (Ensino, folhetos, reuniões, etc.)?</p>
<p>Dimensão 4 – Valores simbólicos, culturais e organizacionais</p> <p>Objetivo 4.1 – Compreender os valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro/idoso/família/outros técnicos com vista à promoção do autocuidado</p> <p>Objetivo 4.2 – Compreender os valores e cultura organizacional subjacentes à interação com vista à promoção do autocuidado</p>	<p>Valores simbólicos e culturais</p> <p>P.16 - Que aspetos culturais e simbólicos são envolvidos nos cuidados ao idoso com IU?</p> <p>P.17 - Sentem que necessitavam de formação na área da IU? Partilham conhecimentos entre si?</p> <p>Cultura e valores organizacionais</p> <p>P.18 - Que condições do contexto organizacional e sistema de gestão integra nos cuidados ao idoso com IU?</p>	<p>P.16.1 - Que regulação simbólica do controlo social está presente? (roupa, outros objetos) Ex: A roupa é diferente? Adaptada? Para que seja discreto?</p> <p>• Organização, estrutura do serviço, material</p> <p>• Se tivesse poder, o que mudaria no seu grupo profissional, em relação aos cuidados aos idosos com IU?</p> <p>• Mesmo não tendo esse poder, o que gostava de fazer diferente? Porque não o faz?</p>

Dimensão 5 – Caracterização dos entrevistados Objetivo 5 – Identificar o perfil dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">• Idade• Sexo• Profissão• Habilitações• Tempo de serviço	
--	--	--

Apêndice IV – Codificação do *Focus Group*

CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Unidade de Cuidados Continuados

Convalescença Verde

Código	Nome					Categoria Profissional			
E	Helena Reis do Arco					Doutorando			
1	Margarida					Terapeuta Ocupacional			
2	Rosa					Fisioterapeuta			
3	Cravo					TSSS			
4	Jacinto					Enfermeiro			
5	Crisântemo					Psicólogo			
6	Açucena					Animador			
7	Violeta					Médico			
E	1	E	1	E	1	E	1	3	2
7	2	E	2	4	2	E	3	E	4
E	4	6	5	7	1	5	E	6	E
6	E	2	3	5	2	E	2	3	2
E	2	4	5	1	4	2	4	2	5
4	5	4	E	4	5	4	E	4	2
5	4	1	E	1	E	1	E	1	E
4	1	5	4	2	5	4	E	2	5

Apêndice V – Guião de entrevista: Idosos

GUIÃO DE ENTREVISTA: IDOSOS





























Temas	Questões principais	Questões secundárias / Anotações
Dimensão 1 – Conceito / significado de incontinência Objetivo 1 – Identificar o significado que têm os idosos do corpo incontinente e dos cuidados ao mesmo	P.1 - O que significa para si ter perdas de urina? P.2 - Como se sente (sentiu)?	P.1.1 - Relate a sua experiência, por favor. Como surgiu? Quando? P.2.1 - O que lhe provoca mais desconforto? E conforto? P.2.2 - Há algum objeto / hábito que o faça sentir mais seguro / confortável? • Pedir exemplos
Dimensão 2 – Necessidades / dificuldades sentidas Objetivo 2.1 – Caracterizar as dificuldades sentidas durante o processo de cuidados Objetivo 2.2 – Caracterizar as estratégias mobilizadas durante o processo de cuidados.	P.3 - Que necessidades sentiu em termos de cuidados? P.4 - Que estratégias foram mobilizadas para recuperar o controlo da micção? Como foi feito?	P.3.1 - Como foi gerida a situação de perdas de urina? P.3.2 - Quem o ajudou nos cuidados? P.3.3 - Na sua opinião a quem compete ajudar? P.4.1 - Pode-me indicar as pessoas envolvidas? • Pedir exemplos
Dimensão 3 – Processo de construção do autocuidado – Interações estabelecidas Objetivo 3 – Identificar sob o ponto de vista dos idosos as interações estabelecidas para a promoção do autocuidado	P.5 - A quem pedia ajuda quando necessitava? P.6 - Quem costumava prestar os cuidados?	P.5.1 - Quem o ajudava? Porquê? Pode dar-me um exemplo de alguma situação significativa para si? • Pedir para descrever alguma situação significativa. P.6.1 - Considera que todos os técnicos / auxiliares têm o mesmo papel na ajuda para a promoção do controlo da urina? P.6.2 - Que interação estabeleceu com os enfermeiros para promover o controlo da urina?
Dimensão 4 – Participação / envolvimento nos cuidados Objetivo 4 – Identificar o/ envolvimento/ participação dos idosos e famílias no processo de	P.7 - Como participa no processo de autocuidado para recuperar? O que significa para si poder participar? P.8 - Quer fazer alguma sugestão para melhorar os cuidados que lhe prestam?	P.7.1 - É importante para si poder participar, ajudar? Porquê? P.8.1 - Em que cuidados? Pode dar um exemplo?

autocuidado e que significado lhe atribuem	P.9 - Os seus familiares participam nos cuidados? P.10 - O facto de perder urina interfere nas suas relações sociais? Como?	P.10.1 - Que estratégias adota para poder controlar esta situação?
Dimensão 5 – Caracterização do entrevistado Objetivo 5 – Identificar o perfil do entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Idade• Sexo• Com quem vive• Estado civil• Visitas/família	

Apêndice VI – Árvore dos Nós

Nós						
Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
AUT_IU- Os Contextos, os Atores e as Estratégias de Ação		0	0 21-04-2018 14:54	HA	20-06-2018 10:55	HA
1 - O Contexto de Cuidados e os Atores Envolvidos		0	0 20-06-2018 10:28	HA	20-06-2018 12:24	HA
1 - Os Espaços		8	27 21-04-2018 15:20	HA	05-09-2018 18:45	HA
2 - Os Atores		11	27 21-04-2018 15:22	HA	24-09-2018 15:24	HA
2 - Os Modos de Ação e o Processo de Construção do Autocuidado ao Idos		0	0 21-04-2018 14:58	HA	05-09-2018 19:43	HA
1 - O Acolhimento e a Origem da IU, Significados e Valores Enquanto De		6	8 21-04-2018 14:58	HA	11-09-2018 18:04	HA
1.1 - A Visão do Corpo		33	104 21-04-2018 15:18	HA	05-10-2018 15:22	HA
1.2 - Os Sentimentos		39	162 21-04-2018 15:17	HA	05-10-2018 15:29	HA
1.3 - As Implicações Sentidas e Vividas		16	26 18-07-2018 17:25	HA	03-08-2018 14:28	HA
1.4 - Importância Atribuída à IU		19	50 03-07-2018 10:29	HA	19-07-2018 11:39	HA
2 - O Acompanhamento do Idoso com IU		0	0 06-08-2018 17:21	HA	06-08-2018 17:21	HA
2.1 - A Logística, as Atividades e Objetos		33	197 21-04-2018 15:21	HA	17-09-2018 15:52	HA
2.2 - As Dificuldades Sentidas nos Quotidianos		32	133 21-04-2018 15:24	HA	05-10-2018 15:27	HA
2.3 - As Estratégias Mobilizadas para a Construção do Autocuidado		2	8 21-04-2018 15:25	HA	24-09-2018 16:02	HA
2.3.1 - O Envolvimento do Idoso		35	105 20-06-2018 12:20	HA	05-10-2018 15:26	HA
2.3.2 - As Interações - Multidisciplinaridade na Construção do Pro		37	156 20-06-2018 11:13	HA	05-10-2018 15:25	HA
2.3.3 - O Enfermeiro, Ator Chave na Interação		24	71 20-06-2018 11:14	HA	05-10-2018 15:25	HA
3 - Os Efeitos - Preparando a Alta		12	23 20-06-2018 11:18	HA	17-09-2018 15:52	HA
3.1 - O Regresso a Casa e a Referência		26	69 20-06-2018 11:19	HA	24-09-2018 16:53	HA
3.2 - A Interação com a Família		18	47 20-06-2018 11:19	HA	24-09-2018 16:31	HA
4 - Sugestões		13	44 29-06-2018 15:43	HA	24-09-2018 17:10	HA

Apêndice VII – Os *Memos*

Memos							
 Nome	 N°s	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por	
 13 - Preparando a Alta		10	36 05-09-2018 16:42	HA	05-09-2018 19:49	HA	
 14 - Integração da Família		6	21 11-09-2018 14:34	HA	11-09-2018 18:04	HA	
 15- Sugestões		5	21 13-09-2018 15:11	HA	13-09-2018 16:22	HA	
 4 - Os Sentimentos An		6	63 27-06-2018 18:49	HA	23-10-2018 15:01	HA	
 1 - Espaço An		2	3 03-07-2018 16:23	HA	11-09-2018 14:33	HA	
 2 - Os Atores An		1	4 03-07-2018 16:43	HA	11-09-2018 14:33	HA	
 3 - A visão do Corpo An		2	37 05-07-2018 09:20	HA	11-09-2018 14:33	HA	
 5 - Imp. Atr.IU An		4	24 09-07-2018 15:25	HA	16-07-2018 09:44	HA	
 6 - A Logística An		4	63 10-07-2018 14:54	HA	10-07-2018 16:23	HA	
 7 - Dificuldade An		11	67 10-07-2018 16:31	HA	16-07-2018 09:27	HA	
 8 - Estratégias Prom Aut An		5	10 16-07-2018 09:30	HA	16-07-2018 10:06	HA	
 9 - Envelhoso An		10	25 16-07-2018 09:45	HA	16-07-2018 10:56	HA	
 10 - A Mult An		5	56 16-07-2018 13:41	HA	20-07-2018 10:33	HA	
 11 - O EnfACH An		8	35 17-07-2018 10:10	HA	20-07-2018 10:34	HA	
 12 - CultSub An		5	33 17-07-2018 15:14	HA	05-09-2018 19:06	HA	

Apêndice VIII – Relatório de resumo do projeto: *Fontes*

05-10-2018 15:05

Resumo do projeto

DouEnf

05-10-2018 15:05

Nome hierárquico	Tipo de item	Criado por nome de usuário	Criado em	Modificado por nome de usuário	Modificado em
------------------	--------------	----------------------------	-----------	--------------------------------	---------------

C:\Users\helen\Desktop\Maria\Análise de Dados

Criado por: Helena Reis do Arco
Criado em: 07-04-2018 16:21
Modificado pela última vez por: Helena Reis do Arco
24-09-2018 17:10

Internas

Internas\\Caracterização Idosos_CodN	Conjunto de dados	Helena Reis do Arco	28-06-2018 09:56	Helena Reis do Arco	28-06-2018 09:56
--------------------------------------	-------------------	---------------------	------------------	---------------------	------------------

Internas\\Auxiliares

Internas\\Auxiliares\\E10_UV_Aux.2	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:04	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:41
Internas\\Auxiliares\\E13_UA_Aux.1	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:05	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:41
Internas\\Auxiliares\\E14_UA_Aux.2	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:05	Helena Reis do Arco	03-08-2018 14:34
Internas\\Auxiliares\\E9_UV_Aux.1	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:04	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:41

Internas\\DC

Internas\\DC\\DC_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:51	Helena Reis do Arco	17-09-2018 16:04
Internas\\DC\\DC_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:51	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:42

Internas\\Enfermeiros

Internas\\Enfermeiros\\Coordenador RNCCI_2	Documento	Helena Reis do Arco	24-09-2018 15:14	Helena Reis do Arco	24-09-2018 17:10
Internas\\Enfermeiros\\E11_UA-Enf.3	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	03-08-2018 14:26
Internas\\Enfermeiros\\E12_UV-Enf.3	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:42
Internas\\Enfermeiros\\E13_UV-Enf.4	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	07-08-2018 15:32

Relatórios\\Relatório de resumo do projeto

Page 1 of 3

05-10-2018 15:05

Nome hierárquico	Tipo de item	Criado por nome de usuário	Criado em	Modificado por nome de usuário	Modificado em
Internas\\Enfermeiros\\E14_UV-Enf.5	Documento	Helena Reis do Arco	11-07-2018 17:14	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:42
Internas\\Enfermeiros\\E4_UA-Enf.4	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:43
Internas\\Enfermeiros\\E8_UV-Enf.2	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:43

Internas\\Focus

Internas\\Focus\\Focus_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:09	Helena Reis do Arco	15-08-2018 15:53
Internas\\Focus\\Focus_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:09	Helena Reis do Arco	17-08-2018 16:10

Internas\\Idosos

Internas\\Idosos\\V_1_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:43
Internas\\Idosos\\V_10_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_11_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_12_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_13_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_14_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_15_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:44
Internas\\Idosos\\V_16_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	12-08-2018 15:42
Internas\\Idosos\\V_17_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	12-08-2018 16:00
Internas\\Idosos\\V_18_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	12-08-2018 16:04
Internas\\Idosos\\V_19_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_2_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_20_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_21_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_22_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_23_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:45
Internas\\Idosos\\V_24_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46
Internas\\Idosos\\V_25_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46
Internas\\Idosos\\V_3_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46
Internas\\Idosos\\V_4_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	13-09-2018 15:37
Internas\\Idosos\\V_5_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46

Relatórios\\Relatório de resumo do projeto

Page 2 of 3

05-10-2018 15:05

Nome hierárquico	Tipo de item	Criado por nome de usuário	Criado em	Modificado por nome de usuário	Modificado em
Internas\\Idosos\\V_6_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46
Internas\\Idosos\\V_7_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:46
Internas\\Idosos\\V_8_UA	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	13-09-2018 15:24
Internas\\Idosos\\V_9_UV	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 14:52	Helena Reis do Arco	03-08-2018 12:06

Internas\\Médicos

Internas\\Médicos\\E11_UV-Med.2	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	17-08-2018 12:24
Internas\\Médicos\\E7_UV-Med.1	Documento	Helena Reis do Arco	19-06-2018 15:06	Helena Reis do Arco	02-08-2018 12:47

Apêndice IX – Matriz de investigação e análise

O Idoso com Incontinência Urinária: A Construção do Processo de Autocuidado					
Objetivo	Questões	Categorias	Subcategorias	Dimensões emergentes	Domínio emergente
Compreender os significados, valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro / idoso / família com vista à promoção do autocuidado.	Que significados têm do corpo incontinente e dos cuidados ao mesmo?	O Acolhimento, Significados e Valores	A Visão do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> Silêncio e Tabu Crenças e Cultura (idosos, família e prof.) A Exposição e o Controlo / O bem e o mal, o sujo e o limpo <ul style="list-style-type: none"> O corpo manipulado e o corpo que se mostra (esconder a IU) 	O Acolhimento e a Origem da IU: Significados e Valores Enquanto Desafios da Primeira Etapa do Processo de Autocuidado
			Os Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> Vergonha <ul style="list-style-type: none"> Da dependência Dos cuidadores (género) O pedido de desculpa Tristeza <ul style="list-style-type: none"> Sentida (idosos) Percebida (profissionais) Medo / Perda de dignidade 	
			As Implicações Sentidas e Vividas	<ul style="list-style-type: none"> Perda e luto As implicações <ul style="list-style-type: none"> Sociais Económicas Familiares Psicológicas 	
			A Importância Atribuída à IU	<ul style="list-style-type: none"> História e Origem da IU <ul style="list-style-type: none"> Consequência da doença Anterior à doença Valorização da mobilidade e não priorização da IU Interferência no processo de reabilitação e construção do autocuidado 	
Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com incontinência.	Como são estabelecidas as interações entre os atores intervenientes (enfermeiro / outros profissionais / idoso / família) nas diversas etapas do internamento?	O Acompanhamento	A Logística, as Atividades e Objetos	<ul style="list-style-type: none"> Atividades e rotinas programadas (turnos da manhã, tarde e noite) <ul style="list-style-type: none"> Os protocolos O cuidado individualizado <ul style="list-style-type: none"> Casos especiais <ul style="list-style-type: none"> Infeção urinária Idoso confuso O lúdico e o terapêutico Os objetos <ul style="list-style-type: none"> Prevenção e proteção (barras) A fralda adequada (conforto, segurança, proteção) A Algália (desconforto, dificulta a reabilitação) Medidas de contenção de urina (dependentes da orientação do idoso e estágio no processo) Gestão da humidade / DAI Estabelecimento de horários de esvaziamento ou mudança de dispositivos de contenção (rotinas programadas) Por vezes aviso de vós, sem continuidade Treino de hábito apenas em alguns casos O Treino vesical não se faz 	Interagindo e Desenvolvendo os Cuidados: O Acompanhamento e a Construção do Autocuidado no Idoso com Incontinência Urinária Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: A Logística, atividades e objetos que enformam os cuidados
	Que dificuldades sentem os diversos atores durante o processo de construção do autocuidado?		As Dificuldades Sentidas nos Quotidianos	<ul style="list-style-type: none"> Relacionadas com o Idoso <ul style="list-style-type: none"> Físicas <ul style="list-style-type: none"> Idade e patologia Mobilidade comprometida 	

				<ul style="list-style-type: none"> • Psicológicas <ul style="list-style-type: none"> • Orientação / cognição • Vontade de colaborar • Incidentes críticos • Iniciativas perigosas (queda) • Objetos e terapêutica <ul style="list-style-type: none"> • Algália e Saco coletor • Relacionadas com o Ambiente: Profissionais / Organizações <ul style="list-style-type: none"> • Rotatividade dos RH (Enf. E Aux.) • Desconhecimento e défice de formação acerca da IU <p>Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As dificuldades (Resumo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características dos idosos • O “não chegar a tempo” <ul style="list-style-type: none"> • Mobilidade comprometida • Rotatividade (Enf. e Aux.) • Défice de formação – “faça na fralda” 	
	Que estratégias / recursos pessoais e contextuais são mobilizados?		As Estratégias Mobilizadas para a Construção do Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento do Idoso <ul style="list-style-type: none"> • O Idoso como Parceiro nos cuidados <ul style="list-style-type: none"> • O encontro de si e do outro: Potencialidades e constrangimentos ao envolvimento • As saídas de fim de semana • Independência Controlada <ul style="list-style-type: none"> • Gerindo tensões • Equilíbrio risco / benefício • Multidisciplinaridade na Construção do Processo de Autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Processo nem sempre linear <ul style="list-style-type: none"> • Gestão das expetativas • Estratégia colaborativa <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação (Reunião semanal, passagem de turno, mini meeting) • Ação negociada – o gestor de caso e o PII • Partilha de saberes • Gestão do cuidado sujo (Enf. e Aux.) • O Enfermeiro, Ator Chave na Interação com: <ul style="list-style-type: none"> • Idoso <ul style="list-style-type: none"> • Poder de incentivo e persuasão do Enf. • Relação de confiança estabelecida • Família <ul style="list-style-type: none"> • Atua como mediador • Promove ensino e informação • Outros profissionais <ul style="list-style-type: none"> • Atua como consultor • É primordial na solução das dificuldades • É essencial à continuidade dos cuidados 	As Estratégias Mobilizadas para a Construção do Autocuidado

				<p>Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: As estratégias mobilizadas (Resumo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos atores • Gestão do risco (queda / DAI) e do cuidado na AVD eliminação vesical • Colaboração interdisciplinar e partilha de conhecimentos <p>Neste processo o enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protagonizava e mediava muitas das interações • Atuava como confidente e guardião do idoso • Geria e integrava culturas individuais e organizacionais 	
Compreender o modo como a cultura individual e organizacional interferem na promoção do autocuidado do idoso com incontinência urinária.	Que fatores ligados à cultura individual e organizacional interferem no processo de cuidados ao idoso com IU?	Os efeitos: Preparando a Alta	<p>O Regresso a casa e a referência</p> <p>O envolvimento da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação iniciada desde o acolhimento <ul style="list-style-type: none"> • Envolvendo Idoso e Família • Recorrendo à conferência familiar • Promovendo o autocuidado de apoio e ensino • Promovendo a continuidade dos cuidados • > Envolvimento da família <ul style="list-style-type: none"> • Promoção do processo • Regresso a casa facilitado • Integração do ensino • < Envolvimento da família <ul style="list-style-type: none"> • Menor receptividade no autocuidado de ensino • Aceitação passiva da IU • Dificuldade no regresso a casa. <p>Percorrendo o caminho para a construção do autocuidado: Preparando a alta: (Resumo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparada desde o acolhimento • Emergem dois caminhos: regresso a casa ou referência para outras unidades dependendo da evolução no processo de reabilitação • A IU não tem influência na preparação da alta (regresso a casa ou referência) 	Dois caminhos, dois destinos: O regresso e a referência
		As sugestões para melhoria do processo	<p>Promover o Envolvimento da família</p> <p>Investimento Organizacional ao nível dos RH</p> <p>Divulgação e desmistificação da IU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à participação da família • Aposta estratégica no autocuidado de ensino e apoio • Aposta na formação contínua • Estratégias de fixação dos enfermeiros • Divulgação social <ul style="list-style-type: none"> • O que é, como se pode atuar, onde recorrer. • Atuação na promoção de uma cultura integradora e não estigmatizante 	

Apêndice X – Consentimento informado: Profissionais

Consentimento Informado

Enquadramento: Eu, Helena Maria Reis do Arco encontro-me a desenvolver um estudo no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Universidade de Lisboa, como tema “O Idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado”.

Explicação sucinta: Este estudo tem como finalidade estudar e compreender numa perspetiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária o processo de autocuidado, em contexto de uma unidade de convalescença. Pensamos ser este conhecimento importante para poderemos traçar estratégias plurais e multidimensionais tendo no horizonte a qualidade dos cuidados de saúde.

Condições: A sua participação é voluntária e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso não participe ou desista a qualquer momento.

Confidencialidade: Ciente das considerações éticas inerentes ao desenvolvimento deste trabalho comprometo-me a assegurar o consentimento informado através da explicação da natureza e finalidade do estudo e do direito à confidencialidade, salientando que os respondentes não serão identificados, pois durante o tratamento dos dados, estes serão codificados, contudo devo salvaguardar que em alguns casos por se tratarem de situações singulares, poderá haver essa possibilidade.

Com os melhores agradecimentos.

Helena Reis do Arco

Eu _____ declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, por Helena Maria Reis do Arco, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da minha participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito nele participar.

(Assinatura)

Apêndice XI – Consentimento informado: Profissionais / Idosos / Referenciação

Consentimento Informado

Enquadramento: Eu, Helena Maria Reis do Arco encontro-me a desenvolver um estudo no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Universidade de Lisboa, como tema “O Idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado”.

Explicação sucinta: Este estudo tem como finalidade estudar e compreender numa perspetiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária o processo de autocuidado, em contexto de uma unidade de convalescença. Pensamos ser este conhecimento importante para poderemos traçar estratégias plurais e multidimensionais tendo no horizonte a qualidade dos cuidados de saúde.

Condições: A participação é voluntária e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso o utente não participe ou desista a qualquer momento.

Confidencialidade: Ciente das considerações éticas inerentes ao desenvolvimento deste trabalho comprometo-me a assegurar o consentimento informado através da explicação da natureza e finalidade do estudo e do direito à confidencialidade, salientando que os respondentes não serão identificados, pois durante o tratamento dos dados, estes serão codificados.

Com os melhores agradecimentos.

Helena Reis do Arco

Eu _____ declaro que informei o utente da natureza e finalidade deste estudo, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceita ser contactado pela investigadora para nele participar.

(Assinatura)

Eu _____ declaro que fui informado da natureza e finalidade deste estudo, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da minha participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito ser contactado pela investigadora para nele participar.

(Assinatura)

Apêndice XII – Consentimento informado: Idosos

Consentimento Informado

Enquadramento: Eu, Helena Maria Reis do Arco encontro-me a desenvolver um estudo no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Universidade de Lisboa, como tema “O Idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado”.

Explicação sucinta: Este estudo tem como finalidade estudar e compreender numa perspetiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária o processo de autocuidado, em contexto de uma unidade de convalescença. Pensamos ser este conhecimento importante para poderemos traçar estratégias plurais e multidimensionais tendo no horizonte a qualidade dos cuidados de saúde.

Condições: A sua participação é voluntária e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso não participe ou desista a qualquer momento.

Confidencialidade: Ciente das considerações éticas inerentes ao desenvolvimento deste trabalho comprometo-me a assegurar o consentimento informado através da explicação da natureza e finalidade do estudo e do direito à confidencialidade, salientando que os respondentes não serão identificados, pois durante o tratamento dos dados, estes serão codificados.

Com os melhores agradecimentos.

Helena Reis do Arco

Eu _____ declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, por Helena Maria Reis do Arco, do direito à recusa e confidencialidade dos dados, bem como da importância da minha participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito nele participar.

(Assinatura)

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



*Responde à requisição que o seu
pedido de apreciação do seu projeto de
doutoramento colheu pouco favorável
da C. de Ética da ESEL*

14/10/30

O Vice-Presidente
Jorge Sousa

DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exma. Sra. Presidente da ESEL, Professora Doutora Filomena Gaspar

ASSUNTO: Pedido do mestre Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco para apreciação do projeto de doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa - "O idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado"

Processo Nº: 3645

Data: 01/Out/2014

Foi apreciado o pedido do mestre, Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, estudante do doutoramento em enfermagem da Universidade de Lisboa. Trata-se de uma tese de doutoramento que tem como objetivo "Compreender o processo de construção de cuidados, com vista à promoção do autocuidado no idoso com incontinência urinária, em contexto de convalescença;

Dada a pertinência do estudo, a sua utilidade para a melhoria dos cuidados à pessoa idosa e porque estão salvaguardados os direitos dos participantes, a Comissão de Ética da ESEL, em reunião de 01 de Outubro de 2014, entendeu dar parecer favorável à sua realização.

A Presidente da Comissão de Ética

Maria Antónia Rebelo Botelho

(Prof.ª Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

Serviços Gerais:
Av. da Universidade, 1545
1700-062 Lisboa
Tel: 21 752 43 00 / fax: 21 752 43 97

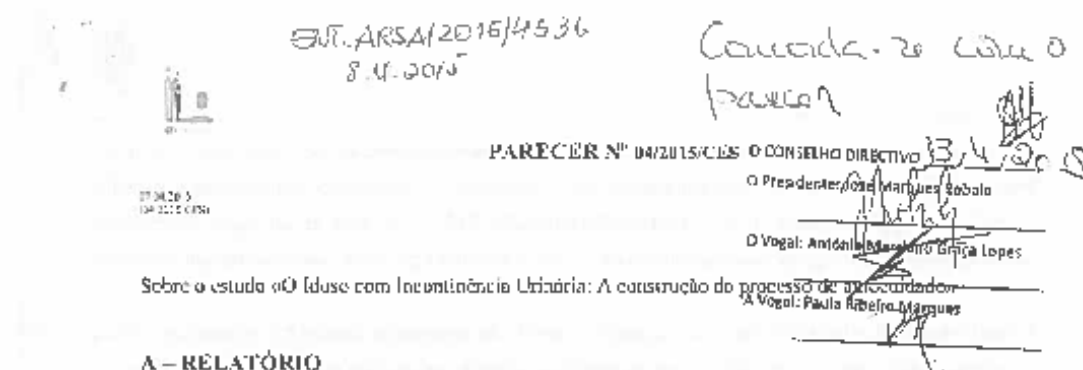
Pólo Artur Ravara
Tel: 21 752 27 00 / fax: 21 752 27 91

Pólo Calisto Tanzi
Tel: 21 752 34 06 / fax: 21 752 34 29

Pólo Maria Fernanda Barreira
Tel: 21 752 43 00 / fax: 21 752 43 97



Anexo II – Parecer da Comissão de Ética e Autorização da Administração Regional de Saúde do Alentejo



Sobre o estudo «O Idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado»

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) em reunião de 03-03-2015 deu início ao Processo 04/2015/CES e atribuiu relatores, com base no pedido formulado a esta CES em 13-02-2015 por correio eletrónico, com atualização de documentação em 06-04-2015, sobre a Tese de Doutoramento em Enfermagem intitulada: O Idoso com Incontinência Urinária: A construção do processo de autocuidado, da doutoranda Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, aluna de doutoramento da Universidade de Lisboa (UL) e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), cujo projeto de doutoramento encontra-se sob orientação de Maria Arcinda da Silva Mendes Carneiro da Costa, Professora Coordenadora com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, doutorada em Ciências da Educação pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Este estudo tem como finalidade estudar e compreender numa perspectiva de enfermagem, como é construído pelos enfermeiros e idosos com continência urinária, em contexto de uma unidade de convalescença, o processo de autocuidado. Trata-se de um estudo observacional, qualitativo de carácter indutivo, através de uma metodologia de trabalho de campo, técnicas de observação, entrevista, consulta documental e colheita de dados.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

Projeto de doutoramento concluído, protocolo de investigação, título do estudo, justificação pertinência do estudo, problema em estudo, enquadramento conceptual, introdução/relevância, objetivos, metodologias, tipo de estudo, questionários, população alvo, instrumento de recolha de dados, modelo de consentimento informado, identificação do "Elo de Ligação" e cronograma, dando ainda ênfase a capítulo sobre considerações éticas (p. 12 e seguintes), instrumento de colheita de dados (Anexo II) e informação sobre consentimento informado (Anexo III); Resumo do projeto de investigação para submissão à Comissão de Ética; Nota biográfica; Autorização e parecer da Comissão de Ética [redacted]; Autorização e parecer da Comissão de Ética [redacted]; Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Lisboa; Declaração de aceitação do orientador; Declaração de da Coordenadora da ECR Alentejo.

De análise da documentação e como complemento da emissão do parecer sobre o Projeto de Investigação, foi solicitado esclarecimento por esta CES ao grupo proponente, com obrigação de resposta sobre os seguintes aspectos: CVs dos investigadores; Declarações dos responsáveis pelas unidades onde o estudo decorrer; Plano de financiamento do estudo e eventuais encargos (recursos/previsão orçamental); declaração de compromisso de entrega dos resultados do estudo à CES.

HA

A.3. Resumo da documentação.....

Trata-se de um estudo observacional, centrado na temática do processo de cuidados ao doente idoso com incontinência urinária (IU), a ser efetuado em contexto de internamento em unidades de convalescença da região Alentejo, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI, por meio de estratégias de recolha de dados, observação participante realização de um diário com notas de campo, entrevistas e consulta de documentos.

Como problema de estudo formula e parte da seguinte questão de investigação entre outras enunciadas: "Como é construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária, em contexto de convalescença, o processo de autocuidado, como entidade integradora de culturas dos atores e dos contextos de cuidados?", e como o intuito de ir ao encontro das questões apreendidas formulámos os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de construção de cuidados, com vista à promoção do autocuidado no idoso com incontinência urinária, em contexto de convalescença.
- Compreender os modos de ação, a cultura subjacente e as condutas socialmente organizadas com vista à promoção do autocuidado do idoso com incontinência.
- Compreender os valores simbólicos e culturais subjacentes à interação enfermeiro/idoso/família com vista à promoção do autocuidado.
- Compreender o modo de participação do idoso e família na construção do processo de autocuidado e os significados que têm do mesmo.

A investigadora apoiada na pesquisa bibliográfica de diversos autores apresenta:

- **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS** - Paradigma e Estratégia Metodológica, com descrição e argumentação das opções metodológicas para recolha de procedimentos, ancora a estratégia da etnografia de modo a compreender como é construído pelos enfermeiros e idosos com incontinência urinária, em contexto de unidade de convalescença, o processo de autocuidado, como entidade integradora de culturas dos atores e dos contextos de cuidados convalescença.

- **Estratégia de Análise de Dados** - A análise será efetuada através da análise de conteúdo dos dados obtidos e à medida que se for processando a colheita de dados adotando ao mesmo tempo estratégias de validação da informação recolhida (observar, detalhar, documentar e analisar). Procurar-se-á identificar dimensões e domínios relevantes nos dados recolhidos, através da análise contextual e de padrões buscando a saturação dos dados.

- **Considerações Éticas**, de realçar este aspeto metodológico ao enunciar que pretende salvaguardar a dignidade e integridade de todos os participantes, durante todo o período do estudo observaremos sempre os princípios éticos. Desta forma, logo que seja autorizada a realização do estudo, refere que contactará os enfermeiros chefes no sentido de marcar uma reunião com a equipa, para explicar com mais pormenor o trabalho a desenvolver e questionar nesta altura já formalmente os profissionais acerca da possibilidade de participarem no estudo, solicitando a assinatura do consentimento informado.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. A investigadora faz referência a considerações éticas da investigação, ou seja, que os dados obtidos durante os procedimentos de colheita de dados, serão codificados com uma chave alfanumérica (Exemplo: Entrevista Ent.1; Entrevista Id.1; Notas de Campo da Unidade A, data), não surgindo nos relatórios a realizar, qualquer referência que identifique os participantes no estudo, garantindo os aspetos éticos de confidencialidade que pelas razões já expostas, também consideramos ser imprescindíveis de serem acatados.

O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia, apresenta a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspetos éticos fundamentais.

B.2. Ficou assegurado pela investigadora a entrega dos documentos, CVs dos investigadores; Declarações dos responsáveis pelas unidades onde o estudo decorrer; Plano de financiamento do estudo e eventuais encargos (recursos/provisão orçamental); declaração de compromisso de entrega dos resultados do estudo à CES.


B.3. Na consulta de documentos referida na página 10 do projeto de tese apresentada a esta CES, casos se reporte a documentos clínicos, deve ser assegurada por profissional habilitado da unidade de saúde respectiva.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto e, desde que seja cumprido pelos investigadores o que declararam, em especial, no que se refere ao pontos B.2 e B.3 acima enunciados, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo e considera conveniente que o investigador obtenha autorização do mesmo por parte da ARSA.....

Aprovado em reunião do dia 07 de Abril de 2015, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Teixeira)

